



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública



DIONE ALENCAR SIMONS

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DA DEMANDA NA
UNIDADE DE EMERGÊNCIA EM ALAGOAS A
PARTIR DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE E DO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

RECIFE
2008

DIONE ALENCAR SIMONS

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DA DEMANDA NA UNIDADE DE
EMERGÊNCIA EM ALAGOAS A PARTIR DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE
E DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tese apresentada no Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a
obtenção do título de Doutora em Ciências.

Orientador:

José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

RECIFE

2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S611a Simons, Dione Alencar.

Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família.

/Dione Alencar Simons. — Recife: D. A. Simons, 2008.

160 p.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

1. Avaliação. 2. Medicina de Emergência. 3. Admissão do Paciente. 4. Atenção Terciária à Saúde. 5. Estudos Transversais. 6. Serviço Hospitalar de Emergência. 7. Serviços Médicos de Emergência –utilização. I. Araújo Júnior, José Luiz de. II. Título.

CDU 614.2

DIONE ALENCAR SIMONS

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DA DEMANDA NA UNIDADE DE
EMERGÊNCIA EM ALAGOAS A PARTIR DA MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE
E DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Tese apresentada no Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovada em: 06/08/2008

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior
NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Prof^ª. Dr^ª. Idê Gomes Dantas Gurgel
NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Prof^ª Dr^ª. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Prof^ª. Dr^ª. Luci Praciano Lima
Departamento de Medicina Social/UFPE

Prof^ª. Dr^ª. Adriana Falangola Benjamin Bezerra
Departamento de Medicina Social/UFPE

AGRADECIMENTOS

Ao Délio e Maria José (in memorian), meus pais, Luiz e Stela, meus irmãos, pelo amor, ensinamentos, orações e cuidados;

Ao Sérgio, aos nossos filhos Diogo, Bruno e Sofia, pelo apoio, paciência, incentivo e orgulho;

À Prof^ª. Dra. Isabella Monlleó, do Núcleo da Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), pela amizade, carinho, zelo, cumplicidade, pela leitura crítica e revisão do texto, o meu agradecimento especial;

Ao Prof. Jairo Calado Cavalcante, Disciplina de Bioestatística da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e Coordenador da Análise Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) pela orientação nas análises estatísticas;

Ao Prof. Dr. José Luiz Araújo Júnior, orientador desta tese, professores e colegas do curso de Pós-Graduação em Saúde Pública do CPqAM, pela alegria do convívio e do aprendizado e em especial ao Jorge, Joselma e Fernando, pela amizade.

À Prof^ª Dra. Maria de Fátima Machado de Albuquerque pela disponibilidade e leitura crítica.

Aos professores do Núcleo da Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), Álvaro Machado, Cláudio Soriano, Linda Delia Pedrosa, Paulo Medeiros, Samir Kassar, Taciana Baumgarten e Viviane Malta, pelo apoio e sustentação do trabalho;

À Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) e ao Ministério da Saúde, particularmente ao Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS) e Serviço de Auditoria do Ministério da Saúde em Alagoas (SEAUD/MS/AL) por esta oportunidade de crescimento profissional;

À Unidade de Emergência Doutor Armando Lages, particularmente à chefe do Serviço de Arquivo Médico e Estatística, Sra. Eliane Santos de Mendonça, e ao chefe do Almoarifado Central da Secretaria de Estado da Saúde, Sr. Aron Cavalcanti Corado, por possibilitarem as condições para a coleta dos dados;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL), pelo apoio financeiro.

“Seguirei um fio que leva a toda parte e nem por isso mostra a verdade, permite apenas a construção de um ponto de vista”.

Isabelle Stengers

SIMONS, Dione Alencar. **Avaliação do perfil da demanda na unidade de emergência em Alagoas a partir da municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família.** 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RESUMO

São conhecidos os problemas dos serviços de urgência/emergência em todo o Brasil, com superlotação, escassez de recursos humanos e materiais, inadequação entre oferta e demanda, principalmente pela absorção de casos 'simples' que poderiam ser atendidos em outros serviços de menor complexidade. A demanda excessiva sinaliza para as dificuldades de acesso da população às ações e serviços de saúde, mesmo após a reforma do sistema de saúde no Brasil e implantação do processo de municipalização da saúde e do Programa Saúde da Família. Com o objetivo de avaliar o perfil da demanda na Unidade de Emergência em Alagoas, a partir da municipalização e do Programa Saúde da Família em Alagoas, foi utilizado um desenho observacional-transversal com 7.104 registros referentes a 1998, 2001 e 2004 e analisadas as variáveis: sexo, idade, setor e horário do atendimento, procedência, diagnóstico, habilitação dos municípios, cobertura do Programa Saúde da Família, distância do local de residência do usuário à Unidade de Emergência, e adequação. A seleção da amostra deu-se de forma sistemática, selecionando-se, em média, um a cada 64 registros do SAME. Os dados consolidados nas planilhas Excel foram analisados por meio do Epi Info 2007, windows, versão 3.4.3., bem como foram utilizados, para análise estatística, o teste do qui-quadrado, a Análise de Variância (ANOVA) e a Análise de Risco, com nível de confiança de 95%. Os resultados mostraram que a clientela é formada, predominantemente, por usuários do sexo masculino, com idade entre 19 e 29 anos, residentes em Maceió e no mesmo bairro onde se situa a Unidade de Emergência, que foram atendidos na clínica médica e no período da tarde. A não-adequação dos diagnósticos foi de 84%, sendo maior nos usuários do sexo feminino, no turno da manhã, na faixa etária de 30 a 39 anos, nos residentes em Maceió, em municípios circunvizinhos e no mesmo bairro da Unidade de Emergência, nos atendidos no setor de clínica médica e entre aqueles que foram liberados para seus domicílios após o atendimento. O perfil de morbidade mostrou maior percentual de agravos do capítulo "Lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas" (capítulo XIX) da Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão. Não houve diferença estatisticamente significativa entre municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena da Atenção Básica e entre áreas cobertas ou não cobertas pelo Programa Saúde da Família, independente do número de equipes, em relação à adequação. Os resultados mostram que a municipalização da saúde e o Programa Saúde da Família em Alagoas não modificaram o perfil de atendimento na Unidade de Emergência, quanto à adequação da demanda.

Palavras-chave: Medicina de Emergência. Admissão do Paciente. Atenção Terciária à Saúde. Estudos Transversais. Serviço Hospitalar de Emergência. Serviços Médicos de Emergência - utilização.

SIMONS, Dione Alencar. **Evaluation of the morbidity profile in the Emergency Unit of Alagoas after municipalization of the health care system and implementation of the Family Health Program.** 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

The problems of urgency/emergency service all over Brazil are well-known, with overcrowding, scarcity of human resources and material, inadequacies between demand and offer, mainly by the absorption of simple cases, which could be solved by other services of less complexity. This demand profile presents the difficulties of access of the population to the medical care actions, even after the municipalization of health and Family Health Program. In order to analyze the adequacy profile of morbidity in the emergency room after the municipality and Family Health Program of Alagoas, a transversal-observational draft with 7.104 records was used, with reference to 1998, 2001 and 2004 analyzing the gender, age, sector and time of attendance, origin, diagnosis, habilitation of the administration, scope do PSF, distance and adequacy. The selection of the sample was performed in a systematic way, with an average selection of one from every 64 registers of medical archive service. The data was analyzed through Epi info 2007, windows, 3.4.3 version, as they used for statistic analysis the qui-square test, variation analysis and risk analysis as well, with level of significance of 95%. The results pointed a high percentage of male users, with age between 19 and 29 years old, living in Maceio and in the same neighborhood where emergency room is located, attended in the medical establishment in the afternoon. The inadequacy of the diagnosis was of 84% and higher in the female users in the morning time, with age ranging from 30 to 39 years old, living in Maceio and cities nearby and in the same neighborhood of emergency room, attended in the sector of the medical establishment and outpatient clinic. The morbidity profile showed a percentage of injury in the chapter "Injury, poisoning and other consequences of external cause" (chapter XIX) of International Classification of Diseases - revision 10. There were not statistically meaningful differences between the municipalities of full administration of the municipal system and full administration of basic attention and areas covered or not by Family Health Program, not depending on the number of work teams, relating to the adequacy. The results suggest that the municipalization of health and the Family Health Program in Alagoas was not able to change the service profile of emergency room according to the adequacy of demand.

Keywords: Emergency Medicine. Patient Admission. Tertiary Health Care. Cross-Sectional Studies. Emergency Service, Hospital. Emergency Medical Services -utilization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Mapa 1 - Estado de Alagoas. Municípios-sede das regiões de saúde	83
Mapa 2 - Estado de Alagoas. Microrregiões de Saúde	84
Mapa 3 - Estado de Alagoas. Macrorregiões de Saúde	85
Mapa 4 - Maceió. Distritos Sanitários	87
Quadro 1 - Atendimentos UE. 1998, 2001 e 2004	90
Gráfico 1 - Distribuição dos atendimentos, segundo as microrregiões de saúde e a ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998-2004	108
Mapa 5 - Distribuição da razão da incidência de adequação/incidência de inadequação por quartis. Alagoas. 1998-2004	108
Gráfico 2 - Distribuição dos atendimentos da UE, segundo distrito sanitário e ‘adequação’. Maceió. 1998-2004	109
Mapa 6 - Distribuição da razão da incidência de adequação/incidência de inadequação por quartis. Maceió. 1998-2004	111
Gráfico 3 - Distribuição dos atendimentos, segundo a incidência, à distância e a ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998-2004	112
Gráfico 4 - Distribuição dos atendimentos, segundo a incidência, à distância e a ‘adequação’. UE. Maceió. 1998-2004	113
Gráfico 5 - Incidência de atendimentos na UE e distância para Maceió de municípios de GPSM e GPAB. Alagoas. 1998-2004	122

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos atendimentos, segundo sexo e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	99
Tabela 2 - Distribuição dos atendimentos, segundo faixa etária. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	101
Tabela 3 - Distribuição dos atendimentos, segundo faixa etária e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	102
Tabela 4 - Distribuição dos atendimentos, segundo setor do atendimento e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	103
Tabela 5 - Distribuição dos atendimentos, segundo setor de cirurgia/não-cirurgia e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	103
Tabela 6 - Distribuição dos atendimentos, segundo período do atendimento e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	105
Tabela 7 - Distribuição dos atendimentos, segundo tipo de assistência e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	105
Tabela 8 - Distribuição dos atendimentos, segundo município de residência, distância em relação à Capital e ‘adequação’ dos diagnósticos. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	106
Tabela 9 - Distribuição dos atendimentos, segundo Maceió e o conjunto dos outros municípios e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	107
Tabela 10 - Distribuição dos atendimentos, segundo 2º distrito e demais, e ‘adequação’. UE. Maceió. 1998, 2001 e 2004	110
Tabela 11 - Distribuição dos atendimentos, segundo capítulos da CID 10 e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	114
Tabela 12 - Distribuição dos atendimentos, segundo ‘adequação’. UE. Alagoas 1998, 2001 e 2004	116
Tabela 13 - Distribuição dos atendimentos, segundo ‘adequação’. UE. Maceió. 1998, 2001 e 2004	117
Tabela 14 - Distribuição dos atendimentos, segundo habilitação dos municípios e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	120
Tabela 15 - Distribuição dos atendimentos, segundo habilitação dos municípios com mais de sete casos atendidos e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004	121

Tabela 16 - Distribuição dos atendimentos, segundo área coberta pelo PSF e 'adequação'. UE. Maceió. 1998, 2001 e 2004	123
Tabela 17 - Distribuição dos atendimentos, segundo área coberta pelo PSF e 'adequação'. UE. Maceió. 1998, 2001 e 2004	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
BM	Banco Mundial
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissões Intergestoras Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
ESF	Equipes de Saúde da Família
FAA	Ficha de Atendimento Ambulatorial
FMI	Fundo Monetário Internacional
FMS	Fundos Municipais de Saúde
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPABA	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSE	Gestão Plena do Sistema Estadual
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PMS	Plano Municipal de Saúde

PPI	Programação Pactuada e Integrada
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROESF	Projeto de Apoio à Expansão da Estratégia de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUH	Serviço de Urgência/emergência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UE	Unidade de Emergência Doutor Armando Lages
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 O processo de descentralização na área da saúde	19
1.1.1 A Reforma Sanitária	23
1.1.2 O Sistema Único de Saúde	26
1.2 Hipóteses	37
1.3 Objetivo geral	37
1.4 Objetivos específicos	38
2 MARCO REFERENCIAL	39
2.1 Políticas públicas: definindo conceitos	40
2.2 A Municipalização da saúde	42
2.3 Avaliação de políticas públicas	58
2.4 Instrumentos de avaliação para determinação de ‘adequação’ em serviços de urgência e emergência hospitalar	65
2.5 Urgência, emergência: aspectos conceituais	72
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	80
3.1 Local do estudo	80
3.1.1 O Estado de Alagoas	80
3.1.2 Maceió	86
3.1.3 Assistência de Urgência e Emergência	89
3.2 Tipo do estudo	91
3.3 Universo e amostra	91
3.4 Critérios	92
3.4.1 De inclusão	92
3.4.2 De Exclusão	92
3.5 Variáveis	93
3.6 Coleta de dados	95
3.7 Processamento dos dados	95
3.8 Limitações do método	96

3.9 Considerações éticas	96
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	97
4.1 Quanto ao perfil da demanda	98
4.1.1 Quanto ao sexo	98
4.1.2 Quanto à idade	100
4.1.3 Quanto ao setor de atendimento	102
4.1.4 Quanto ao horário de atendimento	104
4.1.5 Quanto ao tipo de assistência	105
4.1.6 Quanto à procedência	106
4.1.7 Quanto à distância	111
4.2 Quanto ao perfil de morbidade	113
4.3 Quanto à adequação	116
4.4 Quanto as possíveis mudanças no perfil da demanda com a municipalização da saúde e o PSF	120
4.4.1 Quanto à condição de gestão municipal	120
4.4.2 Quanto à cobertura pelo PSF	123
5 CONCLUSÃO	127
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	130
7 SUGESTÕES	133
REFERÊNCIAS	135
Apêndice A: Formulário de pesquisa	151
Anexo A - Critério de adequação	153
Anexo B - Missão do hospital	155
Anexo C - Ficha de Atendimento da UE	157
Anexo D - Unidade de Emergência Doutor Armando Lages	159
	162

INTRODUÇÃO



1 INTRODUÇÃO

A ignorância, o esquecimento ou desprezo dos direitos do homem são as únicas causas da infelicidade pública e da corrupção dos governos (Declaração Francesa dos Direitos, 1789).

Nos últimos anos, a crescente demanda por atendimento em serviços de urgência/emergência hospitalar (SUH), tem transformado essa área numa das mais problemáticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos argumentos apresentados para a demanda excessiva nos SUH é de que a maior parte dos atendimentos realizados é decorrente de problemas ‘simples’ que poderiam ser atendidos em serviços de atenção básica ou especializados ou em serviços de urgência de menor complexidade. Este perfil de demanda configura esses serviços como uma das principais portas de entrada ao sistema de saúde e, possivelmente, revela, entre outras coisas, uma distribuição desigual da oferta de serviços, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas também qualitativo, na atenção básica e especializada, e na atenção hospitalar, quanto ao acesso às cirurgias eletivas.

Tradicionalmente, a unidade de saúde é reconhecida como um lugar com atendimento agendado, em horários curtos e rígidos, funcionamento lento, burocratizado e pouco eficiente na prestação da assistência à população. Frente a eles, os serviços de urgência/emergência hospitalar oferecem acesso fácil e garantido, assistência de alta tecnologia, acolhendo, portanto, casos de urgência propriamente dita, casos percebidos como urgências, casos não atendidos na atenção básica e especializada e as urgências sociais.

Essa demanda excessiva traz conseqüências negativas para o conjunto das atividades hospitalares pela falta de espaço físico, sobrecarga dos profissionais de saúde, dos serviços de laboratório e radiologia e, conseqüentemente, piora na qualidade do atendimento. A população ao utilizar os SUH com problemas ‘simples’, ‘não emergenciais’, recebe, na maioria das vezes, atendimento incompleto diante das suas necessidades de saúde.

Por sua vez, a desarticulação dos SUH com os demais serviços da rede de atenção do SUS não possibilita a continuidade da atenção e, com isso, compromete o princípio da

integralidade da atenção – responsabilidade do sistema como um todo – e, ao mesmo tempo, retroalimenta a demanda por causas ‘não-adequadas’ ao perfil da instituição. Além disso, a população pode estar substituindo o uso dos serviços da atenção básica e, conseqüentemente, deixando de receber cuidados integrais da atenção, como ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, seguimento e terapêutica apropriada para a sua cura e reabilitação.

A integralidade, assim como a universalidade e a equidade foram os princípios da reforma no sistema de saúde brasileiro e constituíram os pilares doutrinários na elaboração do SUS. E isso trouxe uma grande expectativa para a melhoria da qualidade da saúde da população brasileira.

A saúde, como direito do cidadão e dever do Estado, consubstanciada no texto constitucional representou um significativo avanço na reforma do nosso sistema de saúde. Antes da Constituição Federal de 1988, o modelo de atenção à saúde no Brasil estratificava os cidadãos entre os que podiam pagar pela assistência, os que eram beneficiários do sistema de previdência e assistência social, e os que não tinha direito algum (SOUZA, 2002).

Os problemas sociais de desigualdade de acesso da população às ações e serviços de saúde, a dicotomia entre ações curativas e preventivas, a concentração dos recursos nas atividades médico-hospitalares, a utilização irracional dos recursos tecnológicos e um modelo de atenção centrado na doença e de baixa resolubilidade, não garantiam à população o direito à saúde que já havia sido conquistado e estabelecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948 (BRASIL, 1990; NACÕES UNIDAS, 1996).

Esses fatores refletiam na procura da população aos serviços de urgência/emergência hospitalar, em busca de solução para os seus problemas de saúde. A situação problemática era freqüentemente mostrada pela mídia - escrita e visual – quanto à superlotação e suas conseqüências, expondo a fragilidade do atendimento público. Por sua vez, vários estudos mostravam que uma grande parte desses atendimentos era devido a problemas de saúde que poderiam ter sido resolvidos em serviços de outros níveis da atenção (CECILIO, 1997; HORITA et al., 1996; PEIXOTO FILHO et al., 1991; SALLA et al., 1989).

A questão dos direitos humanos e, dentre eles, o direito à saúde fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS), também em 1948, ampliasse o conceito de saúde, em

vigor até então. O novo conceito define saúde como “o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Esse conceito compreende o direito à alimentação, ao abrigo, à proteção contra o ‘stress’, à segurança no trabalho, vida em família e lazer; o direito a não ficar doente, o direito de não ser contaminado e, se perder a saúde, o direito de ser tratado (DALLARI, 2007).

A partir daí, iniciou-se um movimento internacional para a proteção dos direitos, mediante a adoção de tratados em que cada país, enquanto Estado-parte, assume a obrigação de respeitar, proteger e realizar os direitos e de não violá-los (PIOVESAN, 2005). A obrigação de respeitar requer do Estado que não seja feita qualquer ação que interfira ou bloqueie, direta ou indiretamente, a realização do direito ou, se o fizer, terá que criar mecanismos de reparação. A obrigação de proteger, demanda do Estado a proteção a seus habitantes contra ações de terceiros, sejam empresas ou indivíduos, que possam resultar em violações aos direitos, assim como adotar medidas preventivas para que tais ações não aconteçam. Quanto à obrigação de realizar, o Estado deve promover e/ou facilitar o acesso de pessoas a recursos e meios, de forma a garantir o pleno gozo dos seus direitos (DHNET REDE DIREITOS HUMANOS E CULTURA, 1990).

1.1 O processo de descentralização na área da saúde

Diante do movimento internacional em direção à garantia dos direitos humanos, no Brasil, as décadas de 50 e 60 foram palco de uma intensa disputa entre duas grandes linhas: investimento em serviços de saúde para melhorar o perfil de saúde da população e uma outra que defendia a idéia de investimento nas condições gerais de vida que determinariam, como consequência, a melhoria do perfil de saúde dos vários grupos sociais. A idéia central era que a doença e a miséria só seriam controladas com o desenvolvimento econômico (MERHY, 2002; MERHY, QUEIROZ, 1993).

Esta polarização de idéias possibilitou avanço nas discussões sobre o desenvolvimentismo, integração das ações, planejamento em saúde e mercantilização das ações de saúde numa perspectiva de modernização. As bases da idéia eram que doença e miséria não seriam controladas com maiores gastos em serviços de saúde, mas com a busca de

um padrão tecnológico mais racional, de menor custo, com integração dos vários campos de atuação e sem influência das leis de mercado (LUZ, 1991; MERHY, QUEIROZ, 1993).

Previa-se a implantação de serviços permanentes (com ações médicas e sanitárias), municipalizados e controlados pelo Estado, segundo uma hierarquia de complexidade tecnológica. O Estado deveria normatizar ações, racionalizar atividades e ajudar os municípios que ainda não tivessem condições de organizar seus próprios serviços. Pela primeira vez discutiu-se no país um modelo tecno-assistencial com base na integração das ações coletivas e individuais de saúde, cujo ponto de apoio seria constituído a partir de serviços básicos de saúde permanentes, elaborados de acordo com um planejamento governamental, inclusive quanto à organização dos serviços privados (MERHY, QUEIROZ, 1993).

A proposta foi apresentada na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963, cujo lema foi “municipalização dos serviços de saúde” (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987). O processo não foi adiante devido à reação política das forças sociais conservadoras que levaram o país a um estado de ditadura militar no ano seguinte à realização da Conferência. Este período (1964-1984) foi marcado por atos institucionais que modificaram a Constituição no tocante aos direitos da cidadania, informação e comunicação social, concentrado num poder executivo avesso a medidas ou políticas sociais que favorecessem a participação da sociedade civil (LUZ, 1991).

A política vigente tinha como estratégia a medicalização social. O modelo de saúde era centrado na assistência médica, biologicista, predominantemente curativa, de alto custo, verticalizado, excludente e de baixo impacto na melhoria da qualidade de vida da população à medida que não compreende ou desconsidera as dimensões sócio-econômicas e culturais que permeiam o processo de adoecimento e morte das pessoas (LUZ, 1991).

O aumento de oferta de serviços médicos e do uso da tecnologia, teoricamente, estenderia a uma maior quantidade de pessoas o direito à assistência aos seus problemas de saúde. A crença era de que a doença não tem uma causa social e que pode ser curada por meio de intervenções médicas, às quais se atribuíam os sucessos e insucessos na resolução dos problemas de saúde (BOLDSTEIN, 1992; LANDMANN, 1986; LUZ, 1991; MERHY, QUEIROZ, 1993; NUNES, 1988; TRAD, BASTOS, 1998).

Com isso, generalizou-se a demanda social por consultas médicas, consolidando a ideologia do consumo no conjunto da sociedade. A saúde passou a ser vista como um bem de consumo, especificamente um bem de consumo médico e a medicina, como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva (LUZ, 1991).

Por sua vez, a política de assistência médico-hospitalar foi transferida para a Previdência Social, tendo os recursos utilizados para financiar a construção ou reforma de hospitais e clínicas privadas e para a compra de serviços médicos, sem o conhecimento das necessidades reais de saúde e sem controle da qualidade e da quantidade daquilo que comprava. Esta política teve efeitos e conseqüências institucionais e sociais, entre as quais a predominância de um sistema de atenção médica massificada sobre uma proposta de medicina social e preventiva (RIBEIRO, 1993).

Como era de se esperar, os “estouros” orçamentários e a insatisfação popular com a má qualidade dos serviços prestados, acentuaram a urgência de se imprimir uma maior racionalidade ao sistema de saúde, resultando em novas discussões centradas na política de saúde e condições de vida da população. Como resposta da pressão social, o governo elaborou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) com a finalidade de expandir a rede de postos e centros de saúde para atendimento das doenças mais comuns e promover maior envolvimento das secretarias estaduais de saúde e municipais com o sistema de saúde do país. Este incipiente processo descentralista, em momento político de ausência de liberdade democrática, não se caracterizava por deslocamentos nos eixos do poder, que continuava acentuadamente centralizado, mas possibilitava maior participação de diversos atores ao movimento sanitário, e crítica ao modelo médico-assistencial vigente que excluía importante parcela da população da assistência à saúde (SILVA, 2001).

No panorama mundial, a saúde como direito do homem sob a responsabilidade política dos governos foi reconhecida na Assembléia Mundial da Saúde, em 1977, com lançamento da meta Saúde para Todos, no Ano 2000. Os países participantes assumiram o compromisso de expandir a cobertura dos serviços básicos de saúde, tendo como base sistemas simplificados de assistência à saúde (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

No ano seguinte, esse compromisso foi reafirmado na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde em Alma Ata em 1978, quando foram estabelecidas, como

características fundamentais da assistência pública à saúde, a universalidade, a integralidade e a equidade, pilares que serviram de base para o futuro modelo de saúde brasileiro (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Em 1980, o Brasil elaborou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) em um contexto de grave crise da Previdência Social, inflação galopante e recessão econômica. O programa foi um ambicioso projeto conjunto do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que tinha como objetivo a reorientação do sistema de saúde por meio da integração entre os dois ministérios e as secretarias estaduais e municipais de saúde. A reorganização do sistema de saúde previa a regionalização, hierarquização, participação da comunidade e atenção integral, além de reforçar a atenção primária à saúde. Por contrariar interesses dentro do próprio governo e da Associação Brasileira de Hospitais e da Associação Brasileira de Medicina de Grupo, o projeto não foi levado adiante (SILVA, 2001).

Em 1982, novas propostas racionalizadoras, principalmente para enfrentar as despesas crescentes com assistência médico-hospitalar, foram propostas. Surgiu, então, o Plano de Reorientação da Assistência no âmbito da Previdência Social, por iniciativa do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), que incorporou as propostas do Prev-Saúde e do movimento sanitário, entre as quais a regionalização dos serviços e a integração entre os níveis de governo na assistência à saúde (MERH; QUEIROZ, 1993; SILVA, 2001).

A municipalização dos serviços de saúde passou a ser entendida como o único meio que permitiria, ao mesmo tempo, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema de saúde. Esperava-se o desenvolvimento de uma atenção mais integral, em torno dos problemas de saúde da comunidade, com uma melhor organização dos serviços e de menor custo. Este processo permitiu a experimentação de modelos alternativos com base na medicina comunitária, de baixo custo e com sucesso em outros países (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Com a abertura do período de ditadura militar e sob o cenário de redemocratização do país (1983), a sociedade civil organizada exigiu novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive o direito à saúde, visto

também como dever do Estado. Assim, em 1984 é criado o Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS) que representa um reforço ao processo de descentralização, na medida em que recursos financeiros da Previdência Social são deslocados para os setores públicos prestadores de serviços de saúde, além de promover a integração das ações setoriais.

O passo seguinte, em 1987 foi a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como “estratégia ponte” para a adoção do SUS. Com o SUDS, houve deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, permitindo uma efetiva descentralização administrativa (MERHY; QUEIROZ, 1993; SILVA, 2001).

Os movimentos seguintes definem as bases para um movimento pela promoção da saúde, com o objetivo de não só adicionar anos à vida, mas vida aos anos, como o Relatório Lalonde, no Canadá, a Carta de Ottawa, o Projeto Cidades Saudáveis da OMS, as discussões da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e o Desenvolvimento - ECO 92, que trazem um debate sobre a crise na saúde pública, refletindo-se sobre os conceitos, teorias, metodologias, elementos explicativos, determinantes estruturais, repercussões operacionais, práticas de saúde, além de estabelecer perspectivas futuras para a saúde pública nas suas relações com o estado e a sociedade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

1.1.1 A Reforma Sanitária

A reorganização do país em direção a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa, devido aos interesses de uma “burguesia da saúde” composta por hospitais e clínicas privadas, indústrias de equipamentos médicos, empresas multinacionais de produtos farmacêuticos, grupos de serviços médicos empresariais, defensores de uma ideologia privatista, os quais entram em cena na discussão de políticas de saúde como atores políticos que defendem publicamente seus interesses. A clientela é formada por trabalhadores e seus dependentes e pela classe média impossibilitada de pagar por custos médicos básicos, especializados e hospitalares (LUZ, 1991).

Nesse cenário de contradições e crises, em que o Estado autoritário se vê confrontado com sua capacidade de manutenção do modelo ou distensão para o novo, emerge o movimento sanitário como um conjunto organizado de pessoas e grupos partidários em torno de um projeto, cujos desenho e conteúdo foram construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas: teórica - construção do saber; ideológica - transformação da consciência; e política - transformação das relações sociais (CARVALHO, 1995; ESCOREL, 1998).

A partir de março de 1985, depois da luta por eleições diretas, conquistou-se a instauração de um governo civil. A chamada “Nova República” encontra um movimento sanitário mobilizado e articulado com um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial, além de espaços técnico-políticos no MS e no MPAS. Tais condições tornaram possível a realização da 8ª CNS, em 1986, que ficou conhecida como pré-Constituinte da Saúde, congregando expressivo número de cinco mil participantes de agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada.

Essa conferência resultou de negociação entre MPAS e MS, devido ao impasse entre os dois ministérios quanto ao aprofundamento da Reforma Sanitária, especialmente a passagem do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para o MS. A questão da saúde era ainda tratada de forma técnico-acadêmica e necessitava adquirir dimensão política e social. A 8ª CNS faz com que a questão da saúde seja assumida pela sociedade e, ao ser conquistada, em um objetivo de governo, e não mais objetivo de um ou outro ministério ou de um determinado grupamento social (BRASIL, 2006a).

No tocante ao processo de descentralização, da 8ª CNS resultaram diretrizes quanto à organização de serviços e quanto às condições de acesso e qualidade da atenção. Dentre as primeiras, citam-se a descentralização na gestão dos serviços; a integralização das ações; a regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; o fortalecimento do papel do município; e a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida. Quanto ao acesso e à qualidade da atenção, as diretrizes estabelecidas são: universalização, em relação à cobertura populacional de áreas carentes ou totalmente desassistidas; equidade em relação ao acesso dos que necessitam de atenção;

atendimento segundo as necessidades; e atendimento de qualidade compatível com o estágio do desenvolvimento de conhecimento e com os recursos disponíveis.

Trata ainda da expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, com atribuições específicas em cada nível. Como diretriz básica, o município terá a seu cargo, como responsabilidade mínima, a gestão dos serviços básicos de saúde. Os municípios de grande porte terão a seu cargo a gestão integral do sistema municipal de saúde. Nos municípios onde não houver condições para assumir a gestão do sistema municipal, esta será realizada conjuntamente pelo município e pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) da unidade federada (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

O grande desafio seria promover a transição de um sistema desarticulado - no que diz respeito à integração entre os níveis de governo - e centralizado, ora em serviços médicos hospitalares privados, ora em programas verticalizados, para um outro sistema com comando único em cada esfera de governo. De um modelo assistencial, centrado na doença e com base no atendimento a quem procura, para um modelo de atenção integral à saúde, em que haja a incorporação progressiva de ações de promoção e de proteção, ao lado daquelas propriamente ditas de recuperação (ANDRADE; PONTES; MARTINS JÚNIOR, 2000; BRASIL, 1990).

O relatório produzido na 8ª CNS serviu de referência para a Constituição Federal de 1988, a qual configurou-se como liberal, democrática, universalista, expressando as contradições da sociedade brasileira, e cidadã por trazer em seu conteúdo jurídico-formal, avanços no campo da proteção social.

A Constituição de 1988 estabeleceu o direito à saúde sob três principais aspectos. Em primeiro lugar, incorpora o conceito mais abrangente de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação), o meio sócio-econômico e cultural (ocupação de renda, educação), os fatores biológicos (idade, sexo, herança genética) e a oportunidade de acesso aos serviços que visem à promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL, 1998).

Em segundo lugar, a Constituição também legitima o direito de todos sem qualquer discriminação às ações de saúde em todos os níveis, assim como explicita que o

dever de prover o pleno gozo desse direito é responsabilidade do Governo, isto é, do poder público. Por último, a Constituição estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter público, formado por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com direção única em cada esfera de governo, e sob controle dos seus usuários (BRASIL, 1998).

A partir daí, passa-se a viver em um Estado democrático de direito, em que a efetivação do direito à saúde constitui obrigação jurídica do Estado no desenvolvimento de políticas pelos poderes públicos. Essas políticas, por sua vez, devem incluir a normatização de ações públicas e privadas e a adoção de medidas de proteção de direitos e prevenção de agressões; estímulo a iniciativas individuais e sociais para a promoção e prevenção da saúde; e dispensação de cuidados de saúde a toda a população sempre que isso se fizer necessário.

1.1.2 O Sistema Único de Saúde

A garantia do direito à saúde foi a principal razão para a concepção de um Sistema¹ Único² de Saúde. Desenhado para responder setorialmente por esta obrigação estatal, é a política que orienta a ação governamental, a partir de 1990, quando foram aprovadas as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90). O direito de todos, legalizado pela Constituição, é assegurado e explicitado pelo poder público, como dever de prover pleno gozo desse direito.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde no mundo, propondo-se a garantir assistência integral à totalidade da população brasileira. Mesmo aqueles que são beneficiários de operadoras de saúde (21,65%), conforme dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), utiliza uma parte das ações e serviços pelo SUS, tais como: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle de doenças e vetores, imunização e,

¹ O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum (BRASIL, 1990).

² O Sistema é único porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

muitas vezes, procedimentos de alta complexidade e maior custo, os quais nem sempre são cobertos pelos planos privados de saúde (SOLLA, 2006).

A rede de serviços do SUS possui 63.662 unidades ambulatoriais e 5.864 hospitais com 441.591 leitos, responsáveis por cerca de 12 milhões de internações por ano. Em 2005, o SUS realizou mais de 1,1 bilhões de procedimentos de Atenção Básica e um bilhão de procedimentos ambulatoriais especializados. São 2,3 milhões de partos por ano, mais de 100 mil procedimentos de hemodinâmica, mais de 14 mil transplantes de órgãos e 8,9 milhões de procedimentos de terapia renal substitutiva, segundo dados do Sistema de Informação Ambulatorial e do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIA/SUS e SIH/SUS) (SOLLA, 2006).

Conforme definido pelas Leis Orgânicas da Saúde o SUS foi estruturado dentro de um modelo de gestão político-institucional, de caráter público e organizado segundo as diretrizes constitucionais com base em dois grandes grupos: os doutrinários ou éticos e os organizacionais ou operativos.

Os princípios doutrinários ou éticos constituem aqueles referentes aos objetivos finais do sistema. São eles: universalidade, integralidade e equidade. A universalidade é compreendida como acesso irrestrito às ações e serviços de saúde públicos e privados (contratados) a todas as pessoas independentes de sexo, raça, renda, ocupação ou qualquer outra característica, pessoal ou social (SALDANHA, 2003).

O princípio da equidade é compreendido como o asseguramento de ações e serviços de todos os níveis, a todas as pessoas, de acordo com a complexidade que cada caso requeira, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (MALTA, 2001).

O princípio da integralidade é compreendido como o reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviços, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral. Em outras palavras, o homem é um ser integral, bio-psico-social, e

deverá ser atendido com esta visão cuidadora integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1990; PUCCINI, CECÍLIO, 2004).

Os princípios organizacionais ou operativos são aqueles referentes aos processos que permitirão o cumprimento das principais diretrizes do SUS. São eles: regionalização e hierarquização da rede de serviços assistenciais, participação da população na formulação e acompanhamento das políticas do sistema, e descentralização de ações e serviços de saúde, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização (BRASIL, 1990).

A regionalização e a hierarquização da rede de serviços assistenciais estabelece uma organização de serviços em níveis de complexidades tecnológicas crescentes, dispostos em área geográfica para uma população previamente definida. Isto implicaria a capacidade dos serviços em oferecer a uma determinada população todas as formas de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível para a solução dos problemas de saúde (BRASIL, 1990).

O modelo assistencial está representado em três níveis de atenção, que Cecílio (1997) compara à figura de uma pirâmide. Na sua base estão os serviços de nível primário de atenção, responsáveis pela atenção primária³ a grupos populacionais situados na área de cobertura de cada unidade básica de saúde. O acesso da população à rede deve se dar por meio desses serviços, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas da população adscrita ou, caso necessário, serem referendados por um sistema de referência e contra-referência⁴, para os serviços de maior complexidade tecnológica (BRASIL, 1990).

³ Atenção Básica ou Atenção Primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação; é desenvolvida sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios bem delimitados, das quais assumem responsabilidades; utiliza tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações; é o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde; orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema) continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (SEMINÁRIO DO CONASS PARA CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, 2004).

⁴ Referência é o ato formal de envio de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro, de maior complexidade. Contra-referência é o ato formal de retorno de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência (BRASIL, 1999).

A proximidade das unidades de atenção básica com os domicílios permitiria aos profissionais de saúde um conhecimento maior dos problemas de saúde da população na área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do fortalecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a comunidade sob sua responsabilidade. Com isso se espera uma maior resolubilidade dos problemas de saúde da população. Representa também uma estratégia de racionalização de recursos, à medida que utiliza o recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades definidas de saúde (BRASIL, 1990; CECÍLIO, 1997).

Na parte intermediária da pirâmide estariam os serviços ambulatoriais especializados, clínicos e cirúrgicos, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços de urgência de menor complexidade e os hospitais gerais. Na parte superior da pirâmide, os serviços hospitalares de maior complexidade, inclusive serviços de urgência/emergência hospitalar, hospitais terciários e quaternários, de caráter regional, estadual ou nacional. Os serviços particulares, quando conveniados e contratados, passam a ser complementares e sob diretrizes do SUS (BRASIL, 1990; CECÍLIO, 1997).

Quanto à participação dos cidadãos, como segunda diretriz operacional do SUS, a Constituição garantiu que a população, por meio de suas entidades representativas, participe do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis, seja federal, estadual ou municipal. Essa participação se dá nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço, e por meio das conferências de saúde na definição de prioridades e linhas de ação sobre a saúde. Por sua vez, o Estado tem dever no processo participativo em oferecer informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à área da saúde.

Como terceira diretriz organizativa, a descentralização é entendida como um deslocamento dos eixos do poder do nível federal para os níveis estaduais e municipais. A idéia é de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto.

Nesse processo, o que é abrangência de um município deve ser de responsabilidade do governo municipal; o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual e, o que for de abrangência nacional será

de responsabilidade do governo federal. Isso significa dizer que cabe à União apenas o estabelecimento de normas gerais sobre o assunto (art. 24, parágrafo 1º, da Constituição Federal); aos Estados, suplementar a legislação posta pela União, nas suas competências (art. 24, parágrafos 1º e 2º) e, finalmente, cabe aos municípios, entidades que formam juntamente com os Estados, a República Federativa do Brasil, legislar sobre todos os interesses locais (art. 30, I). Ao poder municipal sobre a saúde – é o que se chama **municipalização da saúde** (BRASIL, 1990; DALLARI, 1991).

Com a municipalização há redistribuição das responsabilidades quanto à formulação de políticas de saúde, voltadas para a solução dos problemas locais, e gestão⁵ da atenção à saúde, que inclui o gerenciamento dos recursos e instituições voltadas para a prestação de serviços, na perspectiva de um novo modelo de atenção⁶ (BRASIL, 1990; CARVALHO; SANTOS, 1992; PAIM, 1993; SILVA, 1999).

Para tanto, é necessária a redefinição dos novos papéis de cada esfera de governo e de seus instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestador de serviço e assumam seus papéis de gestores da atenção à saúde. Implicam também redefinição dos mecanismos e fluxos de financiamentos, acompanhamento, controle e avaliação das ações produzidas de atenção à saúde.

Nesta perspectiva, a atenção à saúde compreende os campos: a) da assistência, em que as atividades são voltadas às pessoas, seja individual ou coletivamente, prestadas no âmbito ambulatorial, hospitalar, ou outros espaços, especialmente no campo domiciliar; b) das intervenções ambientais, que incluem as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, controle de vetores e hospedeiros e saneamento ambiental; e c) das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença da população, sendo parte importante questões relativas às políticas macroeconômicas, como emprego, educação, lazer e disponibilidade e qualidade dos alimentos (BRASIL, 1996).

⁵ Gerência é conceituada como “administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviço ao sistema”. Gestão se conceitua como a “atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, 1996, p. 8).

⁶ O novo modelo de atenção procura ampliar o enfoque do modelo clínico (centrado na doença) ao modelo epidemiológico, de forma a atender ao compromisso da integralidade da atenção, tendo como objetos das ações, a pessoa, o meio ambiente e os comportamentos interpessoais ((BRASIL, 1996, p. 15).

No campo domiciliar, a assistência se faz por meio da implantação e implementação do Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, incorporando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991. Inicialmente formulado como um Programa, uma década depois de sua implantação e funcionamento, o PSF evoluiu dessa condição e vem assumindo o status de uma política nacional. O marco da expansão ocorreu em 1998, após a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) em que os municípios passaram a receber recursos por critérios populacionais e não mais por prestação de serviços. Ao longo dos 12 anos de implantação dessa estratégia o número de equipes vem expandindo-se progressivamente. Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), atualmente são 26.259 equipes de saúde da família às quais vinculam-se 217.117 Agentes Comunitários de Saúde que prestam assistência a 84,2 milhões de pessoas em 5.274 municípios brasileiros, representando 45% do total da população (BRASIL, 2006b)

O PSF apresenta-se como estratégia para reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde da população, pautado no paradigma da vigilância à saúde. Integra um conjunto de medidas de reorganização e fortalecimento da Atenção Básica num contexto reformista de diversificação das fontes e critérios de transferência de recursos; aceleração do processo de descentralização setorial; focalização das ações básicas e da população carente; e de reorganização do aparato regulador do estado. Sua implantação foi definida em áreas de risco, de acordo com o Mapa da Fome, com vistas à ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas de saúde (BRASIL, 2000; VIANA; DAL POZ, 1998).

Esta proposta está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF), com equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, devendo prestar assistência a, no máximo, 4.500 habitantes por equipe. Esta equipe passa a ser responsável pelo acompanhamento permanente da saúde de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo e, ao mesmo tempo, a população passa a reconhecer a equipe de saúde como promotora das ações de saúde daquela área (MERHY; FRANCO, 2004).

As características do processo de trabalho das equipes multiprofissionais passam, necessariamente, pela interdisciplinaridade (favorecendo a integralidade do cuidado), vinculação, competência cultural, intersetorialidade e fortalecimento de uma gestão local que deve ser participativa e democrática. Passam, sobretudo pela singularidade da presença dos

agentes comunitários em saúde na equipe. A intenção é que a conversão do modelo faça a diferença na forma de pensar e de fazer no cotidiano, a saúde das famílias, tanto nos aspectos da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação dos agravos.

O caráter substitutivo do PSF em relação à “atenção básica tradicional” orienta-se pelos seguintes princípios: adscrição de clientela, territorialização, diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local (SOUSA, 2007).

Quanto à adscrição da clientela e territorialização, a USF trabalha com uma definição de território de abrangência, e cada equipe é responsável por uma área de residências de 600 a 1.000 famílias, variação que leva em conta as diversidades regionais. Com isto espera-se o estabelecimento de vínculos permanentes entre os grupos sociais, as equipes e as unidades de saúde. O diagnóstico da situação de saúde da população permite análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos, e geração de dados. O planejamento baseado na realidade local viabiliza a programação de atividades, orientada segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas em articulação permanente com indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA, 2007).

Um dos aspectos mais fortes do PSF é seu potencial como mecanismo de promoção da saúde e prevenção de doenças, original e inédito em sua concepção, não havendo registro de modelos semelhantes em outros países (CAMPOS et al., 2002).

Nesta direção, a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006 reforça os objetivos do PSF, quando explicita suas responsabilidades sanitárias no conjunto do sistema: (a) possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância com o princípio da equidade; (b) efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demandas espontâneas, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; (c) desenvolver relações de vínculos e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, (garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado); (d)

valorizar profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; (e) realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e (f) estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006c).

Para Teixeira (2003), com a reafirmação desses objetivos, o PSF deixaria de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser alçado a condição de estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS. Em outras palavras, o PSF foi proposto como um instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível.

Foram previstos na organização de todo o processo um sistema de referência e de contra-referência a outros níveis de atenção, supervisão contínua e educação continuada para o levantamento dos problemas da comunidade e a capacitação dos profissionais para se atingir a excelência do novo modelo de assistência. Com esse novo modelo de atenção, estimou-se que a resolubilidade seria em torno de 70 a 90% dos problemas mais frequentes da população e, conseqüentemente, haveria diminuição dos encaminhamentos de pessoas a serviços de urgência e às internações hospitalares (BRASIL, 2000; SOUSA, 2000).

Ao longo dos anos foram realizadas várias avaliações do PSF. Uma pesquisa importante foi um inquérito realizado com 3.119 equipes de 1.219 municípios de 24 estados do Brasil, sendo que 80% de participação em Santa Catarina. Os resultados nacionais mostraram melhoria do acesso (75% das equipes); entre 51,1% e 69,2% dos usuários informaram que depois da implantação do PSF, procuraram menos os serviços de urgência/emergência; e que a resolubilidade das equipes variou entre 78,8% a 91,2%. Porém, a mesma pesquisa mostra que a identificação por parte dos usuários da unidade do PSF como sua primeira referência de atenção, em cada episódio de doença, variou entre 31% a 59% entre os municípios avaliados; as atividades de demanda espontânea, realizadas pelos profissionais de nível superior, variaram desde 58% a 100% da garantia de acesso a esse tipo de atendimento; o acesso aos profissionais do PSF variou, entre as famílias estudadas, em média, 79% aos ACS, 36,3% à consulta médica, 22% à consulta de enfermeira, 21% ao auxiliar de enfermagem, e 8,7% ao odontólogo; a estrutura física foi considerada adequada pelos profissionais somente entre 9,6 e 40,6 dos serviços. Das famílias que tiveram acesso às

consultas médicas, as reclamações variaram entre 1,9% e 10,4% nos municípios avaliados (BRASIL, 2000; SAMPAIO; MENDONÇA; AZEVEDO, 2002).

Outros estudos mostram dificuldades de acesso da população aos serviços pelos usuários, provavelmente decorrentes da quantidade de famílias cadastradas/equipe de saúde da família; problemas na fixação dos profissionais, principalmente médicos, nas comunidades pela fragilidade de vínculos empregatícios que dificultam a adesão desses profissionais; inadequada formação para atuarem como provedores de atenção primária, permanecendo o modelo anterior de atendimento centralizado nas unidades sem a realização de visitas domiciliares; e fragilidade de uma rede de referência e contra-referência para acesso da população aos serviços de maior complexidade (CONNIL, 2002; SAMPAIO; MENDONÇA; AZEVEDO, 2002; VIANA; DAL POZ, 1998).

Pesquisas que apontam para o impacto positivo do programa são aquelas realizadas em áreas onde anteriormente havia déficit de serviços básicos de saúde. Nessas avaliações são relatadas melhorias do acesso, maior integralidade da atenção (BERTONCINI, 2000; ORTIGA, 1999; SALDANHA, 2003; TRAD; BASTOS, 1998), diminuição das internações hospitalares (ORTIGA, 1999) e redução dos atendimentos em serviços de urgência e emergência como resultados da efetividade da rede básica (ACARAÍ, 2000).

A redução de atendimentos em serviço de urgência e emergência também foi observada por Del-Ben et al. (1999) ao analisar o perfil da demanda a um serviço de urgência e emergência psiquiátrica após a implantação da política de saúde mental no município de Ribeirão Preto em São Paulo.

Outro estudo de análise do perfil de demanda após a implantação da municipalização e do PSF foi realizado em Recife, Pernambuco, tendo como local de observação e análise o Hospital da Restauração. Os resultados mostraram que não foram observadas modificações significativas no perfil de atendimento nos anos de 1993, 1997 e 2001 com a implantação das políticas de saúde (FURTADO; ARAÚJO JUNIOR; CAVALCANTI, 2004).

Um dos grandes desafios do PSF é obter resultados favoráveis de melhoria da situação de saúde das comunidades residentes em grandes regiões metropolitanas, onde, ao

menos em tese, há uma oferta mais estruturada de serviços de saúde e onde se concentra um expressivo contingente populacional com elevado índice de pobreza urbana e, ao mesmo tempo, extremamente heterogênea.

Nesses chamados grandes centros urbanos (municípios acima de 100 mil habitantes, e capitais) onde mais de 50% da população brasileira residem, as coberturas pelo PSF são baixas e várias razões são apontadas, entre as quais, os altos níveis de exclusão no acesso aos serviços de saúde; os agravos de saúde característicos dos grandes centros; a oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída; a predominância da modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do seu território (SOUSA, 2000).

Adiciona-se a esse quadro, a disputa político-partidária entre estados e municípios quando suas gestões estão sob o comando de partidos políticos partidários. Nesses cenários, as resistências e oposições se ampliam quando as cidades contam com uma rede física instalada centralizada nos hospitais e ambulatórios de sub-especialidades, ou quando os recursos de apoio diagnóstico e terapêutico estão concentrados na região central (SOUSA, 2007).

Em Maceió, esse quadro não é diferente. O município, apesar de estar habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), desde 1998 tem baixa cobertura populacional pelo PSF (24,7%), mesmo sendo a capital de um dos estados mais pobres do país.

Na área de urgência/emergência os problemas permanecem, noticiados freqüentemente pela mídia escrita e visual, em que mostra a demanda excessiva e a superlotação da Unidade de Emergência Doutor Armando Lages, mesmo após 10 anos da implantação da municipalização da saúde e do PSF no estado de Alagoas. De acordo com pesquisa realizada na UE nos anos de 1998, 2001 e 2002, a taxa de ocupação de leitos hospitalares foi de 130% com média de permanência de 4,7 dias. Esse estudo conclui que a implementação do PDR não produziu impacto na hierarquização da assistência, continua existindo superlotação e deficiência no sistema de referência e contra-referência, além da necessidade de rediscutir o modelo de municipalização e os resultados obtidos com o Programa de Saúde da Família (ALAGOAS, 2003).

Com base nesse pressuposto foi estruturada esta pesquisa, trazendo à tona as seguintes questões: Quais as características da demanda ao principal SUH do Estado? Entre os casos atendidos, quantos são adequados à missão institucional? A municipalização da saúde e o PSF no estado de Alagoas promoveram mudanças no perfil de morbidade da demanda, quanto à redução do atendimento de casos não-adequados?

Para respondê-las, elegeu-se a Unidade de Emergência Doutor Armando Lages (UE), como local de observação e análise, e construído um perfil de demanda a partir da implantação da municipalização da saúde e do PSF no estado de Alagoas, utilizando um critério que classificasse os casos atendidos em ‘adequados’ e ‘não-adequados’ para o perfil da instituição. Elegeu-se a descentralização como objeto de análise por ser esta a principal política condutora da reforma do sistema de saúde brasileiro, e pelos avanços significativos desse processo ao longo dos anos. A escolha do PSF deveu-se à sua importância como promotor de mudança do modelo de atenção, e aos resultados propostos na elaboração do Programa para reduzir o encaminhamento de casos a serviços de urgência e emergência.

A tese foi organizada em cinco capítulos. O primeiro trata da introdução, em que são apresentados o contexto histórico e político em que a descentralização torna-se um dos pilares do SUS, e o Programa Saúde da Família como a estratégia para a mudança no modelo de atenção. São apresentados também as justificativas, a hipótese e os objetivos do estudo.

No segundo capítulo, é apresentado o marco referencial composto pela conceituação da descentralização, os avanços da municipalização da saúde, a conceituação de políticas públicas, dentre as quais a da saúde; os processos avaliativos, os protocolos de avaliação da adequação dos atendimentos em serviços de urgência hospitalar e, finalmente, as definições normativas da urgência e da emergência com o intuito de, em uma perspectiva crítica, analisar seu conteúdo e identificar os critérios discriminantes que, do ponto de vista biomédico, as caracterizam.

O terceiro capítulo trata da proposta metodológica utilizada em que é apresentado o local do estudo. No quarto capítulo são apresentados os resultados e discussão e, finalmente, no quinto capítulo são apresentadas as conclusões, considerações finais e sugestões do estudo.

Assim sendo, a presente tese propõe analisar o perfil da demanda de um serviço de urgência e emergência hospitalar, como local de observação e análise, e avaliar as possíveis mudanças com a municipalização da saúde e o PSF no estado de Alagoas.

Considera-se que, tão importantes como o planejamento, são a mensuração e a avaliação das ações empreendidas e dos resultados alcançados. A condução da política pública requer informações precisas, pertinentes e detalhadas sobre a realidade. Além de funções afetas aos gestores do SUS, mensurar e avaliar são também importantes contribuições sob a responsabilidade das instituições de pesquisa, que interagem com segmentos da sociedade para o aperfeiçoamento contínuo nesse segmento.

Espera-se que os resultados encontrados nesta pesquisa contribuam para o conhecimento do perfil da demanda na UE e na avaliação dos resultados da municipalização da saúde e do PSF no estado de Alagoas.

1.2 Hipótese

A municipalização da saúde e o PSF em Alagoas promoveram mudanças no perfil da demanda na Unidade de Emergência Doutor Armando Lages, com redução dos atendimentos ‘não-adequados’ ao perfil institucional.

1.3 Objetivo Geral

Avaliar o perfil da demanda na Unidade de Emergência a partir da municipalização da saúde e do PSF no Estado de Alagoas nos anos de 1998, 2001 e 2004.

1.4 Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil da demanda quanto ao sexo, idade, setor e hora do atendimento, tipo de assistência, diagnóstico e procedência;
- b) Avaliar a adequação da demanda;
- c) Correlacionar à adequação da demanda ao tipo de habilitação dos municípios do Estado e à cobertura populacional pelo PSF no município de Maceió.

MARCO REFERENCIAL



2 MARCO REFERENCIAL

[...] o papel primordial numa teoria são as relações entre os objetos [...] e para falar em relação há que existir uma trama, uma teia, uma rede [...] para então se construir ou descrever o bordado. O bordado não é obrigado a ocupar todo o tecido, pode ser um percurso, pode ser pontuações (VALENTE, 1998, apud HARTZ, 1999).

Para a articulação teórica do presente estudo torna necessária a delimitação de alguns conceitos que norteiam a discussão dos resultados encontrados e que evidenciam a relevância da avaliação da municipalização e do PSF, compreendendo como conceitos e valores são negociados no campo político, interferindo na implementação de políticas e na efetivação dos direitos sociais.

2.1 Políticas públicas: definindo conceitos

Políticas públicas⁷ são definidas como ação ou omissão do estado, enquanto resposta social, diante dos problemas sociais e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM, 2002). É importante a ressalva que o autor faz quanto ao fato da ausência de política pelo Estado diante de um problema social também se constituir numa política pública.

O objetivo das políticas públicas, enquanto ação, é minimizar as desigualdades sociais sejam elas econômicas, raciais, de gênero, cultural e outras, dando a todos um tratamento específico conforme as suas necessidades. Elas serão benéficas à medida que privilegiar as características locais como diferenciais competitivos e facilitadores no processo de desenvolvimento econômico, sócio-político e ambiental (SOUSA, 2006).

⁷ As políticas são públicas porque têm interesses públicos e fins públicos, podendo ou não ser subsidiada ou implementada pelo poder estatal. Caso sejam implementadas por grupos sociais, a exemplo de ONG, suas ações devem ser reguladas pelo Estado e estar a serviço do bem estar coletivo (SAMPAIO, 2004)

Na área da saúde, a expressão “Políticas de Saúde” engloba tanto as questões relativas ao poder em saúde (natureza, estrutura, relações, distribuição e lutas) como as que dizem respeito ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde. No campo da Saúde Coletiva, abrange tanto o estudo das relações e do exercício do poder como, também, a formulação e a condução de políticas de saúde.

Assim sendo, as políticas de saúde têm várias definições, desde um conjunto de princípios, propósitos, diretrizes e decisões de caráter geral voltados para a questão saúde (BRASIL, 1999) até formas de intervenção do Estado sobre a organização social das práticas de saúde e sobre os problemas de saúde da população (TEIXEIRA; PAIM, 1994).

Destaca-se a importância do processo participativo com presença da população do local independente de diferenças políticas, religiosas ou de qualquer ordem (TEIXEIRA, 1997; SOUSA, 2006). Assim, a participação da sociedade civil de advogar por seus interesses é ingrediente chave ao processo de efetividade de políticas públicas e, sobretudo, de democratização do poder local. Essa mesma abordagem é feita por Ribeiro (2000, p. 15) quando diz que:

[A democracia] deve pressupor que os cidadãos não sejam apenas aqueles de quem se fala, [o caráter normativo das políticas], mas também aqueles a quem se falam e, se possível, embora isso se mostre muito difícil, aqueles que falam.

Bucci (2006) faz uma correlação importante sobre direito e política, quando cita William Clune. Segundo este autor, “direito é política pública e, nisso está a vontade coletiva da sociedade expressa em normas obrigatórias; e toda política pública é direito; nisso ela depende das leis e do processo jurídico para pelo menos algum aspecto da sua existência”

A efetivação do direito à saúde consiste em obrigação jurídica do Estado, pelo fato deste direito constituir-se em garantia constitucional. Tal obrigação implica no desenvolvimento de políticas públicas pelos poderes públicos que incluam a normatização de ações públicas e privadas e a adoção de medidas de proteção de direitos e prevenção de agressões; o estímulo a iniciativas individuais e sociais favoráveis a promoção da saúde; e a dispensação de cuidados de saúde sempre que isso se fizer necessário. O SUS é desenhado

para responder setorialmente por esta obrigação estatal e foi implantado segundo as diretrizes de participação social e descentralização (RIBEIRO, 2006).

2.2 A municipalização da saúde

A descentralização, desde a Constituição Federal de 1988, tem sido uma das diretrizes organizacionais mais enfatizadas no processo de construção do SUS no Brasil. Se reveste da maior importância em um país de dimensão geográfica continental, marcado por uma estrutura econômico-social bastante heterogênea, com grandes diferenças regionais e distribuição desigual de serviços e profissionais de saúde. O processo de descentralização promove a noção de que o município é o melhor gestor para a questão da saúde, por estar mais próximo da realidade da população do que as esferas estadual e federal.

O conceito de descentralização se faz a partir do conceito de centralização. Define-se centralização como situações de governo em que os poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos são reduzidos ao mínimo indispensável. Por sua vez, descentralização é definida como a situação em que os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1993; SILVA, 2001).

Os dois elementos estão presentes em qualquer situação de governo; não existem em estado puro e não poderia se imaginar um governo totalmente centralizado ou descentralizado, pois isso contrariaria a própria noção de Estado. É comum associar centralização com governos autocráticos, pouco ou nada permeáveis à participação popular e ligada ao campo conservador; descentralização com governos democráticos, que preservam ou procuram ampliar as liberdades individuais, e geralmente associada como uma estratégia ligada ao campo progressista. Essa associação nem sempre é verdadeira, porém é comum a associação da descentralização à democratização do Estado e à promoção de justiça social (SILVA, 2001).

O termo descentralização é aplicado em conjunturas diferentes e com objetivos distintos, podendo estar presente em vários campos disciplinares. No campo das ciências

políticas, a descentralização é tratada como mecanismo democrático, que permite a autonomia política dos níveis locais e regionais, com vistas ao aprofundamento da democratização. No campo das ciências econômicas, ela é vista como transferência de responsabilidades das atividades econômicas públicas para o setor privado. No campo da sociologia, a descentralização é tida como um mecanismo de empoderamento (“empowerment”) da sociedade civil, com o objetivo de incrementar a cidadania. E no campo da Administração Pública, ela constitui uma política para se diluir o poder decisório e administrativo dentro das agências públicas centrais, por meio da desconcentração, ou seja, da transferência de responsabilidade administrativa sobre os serviços básicos públicos do nível nacional para os governos regional e local (GUIMARÃES, 2007).

Silva (2001) classifica a descentralização, segundo o tipo, em intragovernamentais e interinstitucionais. As descentralizações intragovernamentais são aquelas que são realizadas dentro do próprio governo e se subdividem em desconcentração e descentralização funcional. Na desconcentração há delegação de competências dentro de uma organização hierárquica dos escalões mais altos para os mais baixos, sem autonomia decisória ou orçamentária. Na descentralização funcional a transferência é no âmbito administrativo dentro da mesma estrutura de governo. Em ambas há transferência de responsabilidades, porém sem transferência de poder.

As descentralizações interinstitucionais são aquelas em que o poder decisório é transferido de uma instituição governamental para outras entidades. Nesse grupo estão a delegação e a devolução. Na delegação o governo central transfere responsabilidade pelas decisões e administração de funções públicas para organização semi-autônomas que não são totalmente controladas pelo governo central, mas a ele prestam contas. Por sua vez, a devolução, também chamada de descentralização territorial é uma transferência de responsabilidades políticas administrativas do nível superior para o nível inferior. Transfere-se o poder de agir e também o de decidir. Os níveis de governo que assumem as novas responsabilidades não só implementam o que foi decidido centralmente como podem formular novas políticas, ampliando, dessa forma, a autonomia local. De acordo com esta tipologia, a municipalização é uma devolução, também chamada de descentralização político-administrativa (SILVA, 2001).

Dallari (1991) chama a atenção para não confundir descentralização, processo mais complexo que respeita a distribuição de poder político, com a desconcentração, simples distribuição de funções administrativas. Prega-se a descentralização como mecanismo para alcançar maior coordenação e satisfação das necessidades locais, e o que de fato ocorre é a desconcentração de algumas atividades administrativas que passam a ser executada pelo nível local, sob o controle e de acordo com as prioridades definidas na esfera central do governo.

Quanto às vantagens da descentralização, os argumentos são, em geral, em um plano puramente teórico. O primeiro argumento é o democrático. Afirma-se que a maior descentralização na prestação dos serviços possibilita a aproximação entre os agentes públicos responsáveis e os usuários. Nessas circunstâncias, seria possível adequar o atendimento das necessidades às características da demanda e, ao mesmo tempo, estabelecer um maior controle social dos serviços prestados (BORJA et al., 1995; CARCIOFFI, et al., 1995). O segundo argumento diz respeito à eficiência organizacional. Imaginam-se custos menores e ganhos de eficácia administrativa em decorrência da desconcentração do poder, da descentralização institucional, da desburocratização e da maior autonomia e participação nos planos regional e local (ARRETCHE, 1996, 1998; BORJA et al., 1995). O terceiro argumento, da eficiência econômica, tem como base a idéia de que a competição na oferta de bens públicos locais permite a maior escolha dos usuários e reduz custos (ARRETCHE, 1996, 1998). Por último há o argumento fiscal: em princípio, os serviços públicos que têm alcance nacional deveriam ser de competência dos governos centrais, os que se estendem a um raio geográfico intermediário, encargos dos governos estaduais e aqueles direcionados aos municípios – o caso dos serviços sociais – atribuição dos governos locais (CARCIOFFI et al., 1995).

Para os mais críticos a descentralização das políticas sociais é irreal quando se supõe que as administrações municipais possuem capacidade gerencial para prestar serviços eficientes. Insistem também que há irrealismo quando se afirma que os governos municipais são mais democráticos pelo simples fato de “estarem mais perto” do eleitor. Por outro lado, o argumento fiscal desconheceria tanto a necessidade de fixação de critérios nacionais para as políticas sociais como a exigência de articulação entre as três esferas de governo na prestação dos serviços sociais, em países tão heterogêneos quanto os da América Latina (ARRETCHE, 1996; CARCIOFFI et al., 1995).

No caso do Brasil, estudos têm demonstrado que houve avanço no processo de descentralização das políticas sociais nos últimos anos. Entre 1980 e 1992, a participação da União no gasto social global teria caído de 65,8% para 57,0%, enquanto a dos estados teria subido de 23,6% para 26,5%, e a dos municípios, mais expressivamente ainda, de 10,6% para 16,5% (MÉDICI; MACIEL, 1996).

Na área da saúde a descentralização em nível municipal é chamada de municipalização da saúde:

Municipalizar a saúde significa o reconhecimento da responsabilidade política do município com a saúde dos seus cidadãos. [...] [O município] passa a assumir a formulação de políticas de âmbito local, o planejamento, a organização, a execução, a avaliação e o controle das ações e serviços de saúde na sua área de atuação. [...] A municipalização é parte de uma estratégia para a concretização dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social, através da devolução de poderes ao município, da descentralização das ações e serviços de saúde e da transformação da relação entre o poder público e a sociedade. (PAIM, 1999, p. 489)

Torna-se uma das principais diretriz do SUS e considerada a espinha dorsal das reformas constitucionais em curso no Brasil para o pleno exercício dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, ou seja, a estratégia para realização do direito.

De todas as diretrizes, a descentralização foi a que mais avançou ao longo dos 20 anos de implementação do SUS, provavelmente por ser a diretriz organizativa que não colide com as idéias neoliberais⁸ fortalecidas nos anos 90. Nesta dimensão econômica, a descentralização é vista como uma estratégia de redução do déficit público e estabilização da economia, visando contribuir com o ajuste fiscal do estado, afetando o alcance dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e controle social. Esta dimensão econômica se contrapõe com a dimensão política como proposta de deslocamento dos eixos de poder para as instâncias locais, ampliando os mecanismos institucionais de democracia formal e promovendo a participação direta da sociedade (SILVA, 2001).

⁸ Em seu aspecto liberal, o neoliberalismo é a política construída a partir do indivíduo, da liberdade de escolha, da sociedade de mercado, do laissez-faire e do Estado mínimo. Seu componente neoconservador se estabelece no governo forte, no autoritarismo social, na sociedade disciplinada, na hierarquia e subordinação e na nação (OVERBEEK; VAN DER PIJLS, 1993, p. 15).

A sua utilização como estratégia de racionalidade econômica é o reflexo da crise política na década de 1990. As forças e partidos políticos identificados com o projeto da Reforma Sanitária perderam o segundo turno da eleição presidencial em 1989 e os partidos e grupos que se opuseram à Reforma Sanitária passaram a ser responsáveis pela implementação do SUS. A adoção de políticas econômicas racionalizadoras imposta pelos organismos internacionais - Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI)- estrutura o SUS numa conjuntura recessiva e marcada pela política neoliberal de uma medicina simplificada para pobres e “descamisados”, excluídos do consumo médico, e ações de saúde pública de baixo custo (PAIM, 2002; VIANA, 2004).

Estabelece-se um duplo movimento: ao mesmo tempo em que o estado brasileiro reafirma a universalização do direito, por meio da Constituição Federal, estabelece medidas de redução dos gastos com a área social, para equacionamento do déficit público. A estratégia é introduzir critérios de focalização para a alocação de recursos e segmentação e seletividade dos usuários. A focalização substitui a universalização à medida que diminui as funções do Estado para a área social.

Segundo Soares (2000, p. 79) a privatização e a descentralização, estratégias mais neoliberais difundidas, são conseqüentes da focalização quando diz:

[...] a idéia é a de que os gastos e os serviços sociais públicos/estatais passem a ser dirigido exclusivamente para os pobres. Ou seja, somente aqueles comprovadamente pobres, via ‘testes de pobreza’ ou ‘testes de meios’ (baseados nos means tests dos programas sociais norte americanos), podem ter acesso aos serviços públicos.

Para o autor, esse critério discriminatório é contrário a qualquer conceito de cidadania. A restrição do acesso é política eficiente para países desenvolvidos em que a maioria da população tem condições econômicas para custear os bens e produtos da atenção à saúde, porém tem se mostrado ineficiente para a América Latina na medida em que a grande maioria da população nos países em desenvolvimento é composta por indivíduos pobres e constituem-se como demanda para serviços públicos.

O SUS se estabelece com avanços e recuos na sua regulamentação, permeado por práticas neoliberais no campo social e político. O Estado neoliberal tem a preocupação de avançar no processo de mercantilização dos bens sociais como mecanismo de diminuir os

gastos sociais por meio da negação da universalidade do acesso com o processo de focalização, segmentação e seletividade.

Essa mercantilização explicita a tendência da política de ajuste neoliberal de descaracterizar o que, na qualidade de cidadão, tem o direito jurídico-formal a equipamentos e bens sociais, obrigando-o a buscar no mercado, alternativas para suas necessidades sociais como consumidor. Ou seja, o fator econômico, transformou a descentralização em estratégia que contribuiu para o racionamento na oferta dos serviços, favorecendo a manutenção dos mecanismos de exclusão social ao pulverizar as demandas sociais, ao induzir à organização de um sistema assistencial de saúde com deficiências, voltado para pobres, e ao favorecer a expansão do mercado de planos e seguros de saúde (SILVA, 2001).

A crise do Estado é acompanhada de desativação progressiva de equipamentos federais e estaduais na área da saúde, em decorrência da não-reposição de servidores e sucateamento desses serviços. Os baixos valores pagos aos serviços privados contratados pelo SUS reduzem acentuadamente a sua oferta, ampliando os espaços de demanda não atendida e a iniquidade e as injustiças do sistema de saúde.

A situação favorece o crescimento de um subsistema privado de atenção médico-hospitalar supletiva, que passa a ser procurado pelas camadas médias que querem fugir do subsistema público. Este, por sua vez, passa a ser caracterizado como ‘SUS para pobres’ com uma assistência médica simplificada reduzindo o acesso aos procedimentos mais complexos pela redução de sua oferta (SILVA, 2001).

O subsistema privado agrega segmentos sociais das camadas médias e operariado mais qualificado e utiliza-se da falta de regulação pública para selecionar doenças e clientela, transferindo ao subsistema público usuários que não lhe interessa atender. O fenômeno passa a ser conhecido como “universalização excludente” ao incorporar os segmentos mais carentes, ‘expulsando’ as camadas mais privilegiadas para o subsistema privado. Trata-se de clara manifestação da racionalidade econômica frente aos excluídos da saúde, ao incluí-los não em uma condição de cidadania plena, igualdade na atenção, mas incorporando-os num sistema de saúde em situação de crescente racionamento.

Dessa forma, o SUS em vigor, distancia-se do projeto originalmente pensado pelo movimento da reforma sanitária. Paim (1999) identifica quatro tipos diferentes de SUS nesse período: o ‘SUS para pobres’, da medicina simplificada, o ‘SUS legal’, presente nas leis, ‘O SUS real’ caracterizado pelo privilegiamento, falta de controle, “cobrança por fora” e iniquidades do sistema de saúde e o ‘SUS democrático’, proposto pela Reforma Sanitária e ainda não viabilizado.

O processo da descentralização caminha em meio à crise no governo Collor. Por pressão de setores do movimento sanitário e contando com o apoio do MS, mas com discordância de outras áreas do governo acontece a 9ª CNS, em 1992, que tem como tema central “Saúde: a Municipalização é o Caminho”. Essa Conferência se posicionou contrária a qualquer tipo de retrocesso na implementação do SUS e reforçou a proposta descentralizante da Reforma.

Com a queda do governo Collor no final de 1992, técnicos comprometidos com o movimento de municipalização, assumiram posições estratégicas dentro do MS com formação de um grupo especial para estruturar o processo de descentralização. Elaboraram o documento “Descentralização do SUS: Prioridade do Ministério da Saúde”, em cujo conteúdo está presente o texto “Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”. O documento reafirma a necessidade de descentralizar os recursos e a gestão da saúde para os estados e municípios, cumprindo a legislação do SUS (BRASIL, 1993).

Em maio de 1993 o MS publica a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS/93) com alterações significativas nos mecanismos de transferência de recursos federais aos municípios. As NOB anteriores (1991 e 1992) estabeleciam a transferência de recursos federais a outros níveis de governo com base na produção de serviços ambulatoriais e hospitalares, considerando as secretarias estaduais e municipais meros prestadores de serviços.

Nesta Norma encontram-se os elementos que caracterizam a descentralização: redistribuição de poder (e não desconcentração); reorganização institucional envolvendo dimensões políticas, sociais e culturais, diálogos, negociação e pactuação (democracia); redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo

(descentralização); e autonomia proporcional à capacidade de gestão. Institucionaliza instâncias permanentes de negociação entre os níveis de governo, definindo o gerenciamento do processo de descentralização por meio das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) – União, estados e municípios – e Comissões Intergestores Bipartite (CIB) - estados e municípios e dos Conselhos Municipais, bem como as condições de gestão para municípios: Incipiente, Parcial e Semi-Plena, e para os estados - Parcial e Semi-Plena (BOLDSTEIN, 2002; SCATENA; TANAKA, 2001; SILVA, 1999).

Tais formas implicam responsabilidades, prerrogativas e direitos crescentes para os municípios, de modo que, na mais avançada, a Semi-Plena, o município passa a ter direito ao repasse de recursos federais a partir de tetos mensais globais que não dependem do volume da produção de serviços. Essa nova forma amplia a autonomia dos municípios que podem alterar a programação dos serviços contratados e promover mudança nos modelos de saúde vigentes (SILVA, 1999).

A Lei n.º 8.689, de 27 de junho de 1993, extingue o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), transfere para estados e municípios atribuições, pessoal, equipamentos e imóveis, cria o Sistema Nacional de Auditoria e estabelece que os recursos de custeio dos serviços fossem repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais de Saúde (FES) e Fundos Municipais de Saúde (FMS). Com estas mudanças tem início a etapa mais recente da descentralização da saúde e constitui, em tese, o início da implementação das propostas do movimento sanitário (SILVA, 2001).

Sob a regulamentação da NOB/93, a descentralização caminhou a passos lentos. Três anos após a edição da NOB SUS 01/93, ou seja, ao final de 1996, existiam 3.078 municípios habilitados, sendo 2.323 em Gestão Incipiente, 618 em Gestão Parcial e 137 em Gestão Semi-Plena. Apesar disso, a NOB/SUS 93 tornou a descentralização atrativa para estados e municípios (SOLLA, 2006).

O processo se acelera a partir de 1996, com a NOB SUS 01/96, editada pelo MS em 06/11/96, que pretende dar continuidade ao processo de consolidação do SUS, tendo como finalidade primordial fortalecer o poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (BRASIL, 1996). Essa Norma implementou

medidas de incentivo para que os municípios assumam a gestão da rede de serviços locais de saúde, numa política clara em prol da municipalização, com a criação do PAB, encerrando o repasse por produção de serviços de atenção básica para municípios habilitados, passando a fazê-lo por critérios populacionais.

A implantação do PAB altera a lógica de repasse de recursos federais para o sistema de prestação de ações médico-sanitárias. Esse novo mecanismo dissocia a produção do faturamento, o que favorecia aos municípios maiores que tinham maior número de hospitais, ambulatórios e postos de saúde. O antigo sistema, por meio do faturamento com base no número de atendimentos e de procedimentos realizados, incentivava a lógica do aumento crescente de procedimentos e superfaturamento dos serviços prestados. Procedimentos mais caros usualmente predominavam sobre os mais simples, atuando como um desestímulo à adoção de medidas preventivas e de promoção à saúde.

O recebimento de recursos pelas prefeituras possibilitaria o investimento nos procedimentos definidos como prioritários e fundamentais para um programa de prevenção e promoção da saúde como consultas médicas e odontológicas, exames de pré-natal, vacinas, vigilância sanitária, entre outras. Dessa forma, a expectativa é de que haja melhorias na oferta de serviços e uma lenta e gradual mudança no modelo assistencial.

Com a NOB/SUS/96 foram implementados o PACS e o PSF como estratégias de mudança do modelo assistencial, atendendo a proposta do governo federal para ampliar e reorganizar a atenção básica; instituído a Programação Pactuada Integrada (PPI), como instrumento de organização do sistema, e estabelecidas duas formas de gestão, em substituição as anteriores: Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) e Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) (BOLDSTEIN, 2002; SILVA, 1999).

A Gestão Plena da Atenção Básica tem como responsabilidades a elaboração da programação municipal dos serviços básicos, o gerenciamento das unidades ambulatoriais próprias ou privadas (conveniadas), a contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços de procedimentos e ações de assistência básica, além da execução das ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica. Para tanto, necessita ter em funcionamento o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), elaborar o Plano Municipal de Saúde (PMS) e participar da PPI. Tem como prerrogativa a

transferência de recursos federais fundo a fundo -Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o FMS - sem intermediação da esfera estatal (BOLDSTEIN, 2002).

A Gestão Plena do Sistema Municipal tem como responsabilidades, além das atribuições da assistência básica, elaborar a programação municipal e gerenciar os serviços especializados e hospitalares, inclusive as de referência, garantir a prestação de serviços em seu território, até mesmo aos não-residentes e a execução dos serviços aos seus munícipes nos outros municípios, conforme a PPI e executar as ações em geral nas áreas de vigilância sanitária e epidemiológica. As prerrogativas são as mesmas da GPAB, nas áreas de sua competência.

Dessa forma, o município passa a ser o “responsável imediato pelo atendimento das necessidades de demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território” (BRASIL, 1996, p. 6). Embora também normatize no seu teor mudanças nas gestões estaduais de saúde, instituindo as formas avançada e plena do sistema estadual e proponha um reordenamento do papel das três esferas de governo, a NOB SUS 01/96 é nitidamente municipalista.

A partir de 1998, ano em que efetivamente a NOB SUS 01//96 entra em vigor, inicia-se a habilitação dos municípios em GPAB e GPSM o que contribuiu para o avanço do processo descentralizador, principalmente pelo incentivo financeiro do PAB como estratégia do governo ao enfatizar e garantir prioridade ao atendimento básico em saúde. De fato, no final do ano de 2000, dos 5.506 municípios existentes no país, 5.426 (98,5%) estavam habilitados pela NOB SUS 01/96, sendo 4.906 (89,1%) em GPAB e 520 (9,4%) em GPSM (BOLDSTEIN, 2002; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; SOLLA, 2006).

Com as habilitações, vários municípios conseguiram redimensionar a rede de serviços ampliando o acesso da população às ações e serviços de saúde; o controle, avaliação, auditoria e regulação do sistema por meio de sistemas informatizados de marcação de consultas, procedimentos especializados e internações hospitalares; instaurar conselhos de saúde municipais; aumentar a participação relativa dos gastos ambulatoriais em relação aos hospitalares; e reduzir as internações desnecessárias (SOLLA, 2006).

Este último resultado parece ser conseqüente à implantação do PSF nos municípios na concepção de um modelo indutor de mudanças do modelo assistencial com expectativa de resolutividade da maioria dos problemas de saúde da população. A rede básica organizada no “modelo assistencial” do SUS deveria se constituir em uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde.

Para se constituir como porta de entrada preferencial da comunidade é necessário o acolhimento à demanda o que pressupõe a disposição, organização e preparação da equipe para receber e avaliar os riscos implicados visando a máxima resolutividade possível. Implica também na articulação das unidades básicas com outros serviços da rede, inclusive de urgência, que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde da comunidade. Ao mesmo tempo, por meio da visita domiciliar, adscrição de clientela e análise das condições de saúde da comunidade e do território espera-se uma postura que vincule pessoas, famílias e a comunidade às equipes identificando o risco de vulnerabilidade desses indivíduos e possibilite ações preventivas e de promoção da saúde no seu território.

Espera-se do trabalho de uma equipe de saúde da família a integralidade da atenção no *continuum* dos cuidados (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004), inseridos nos dez critérios propostos por Leatt, Guerriere (2000) para a atenção ambulatorial, especialmente receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize a autonomia.

Tem-se enfatizado que o PSF constitui uma estratégia que ultrapassa os limites do assistencialismo dos médicos e do sistema hospitalar. Quando se entende saúde da família como um modelo, uma prática ou uma estrutura de assistência, ou seja, como ação do poder público por meio do SUS, está-se incidindo num assistencialismo que parte de um preconceito de que a saúde é garantida por iniciativas dependentes de estruturas de atenção à saúde e não por aquilo que as pessoas, as famílias e as comunidades fazem com relativa autonomia no seu modo de conduzir a vida. Na visão assistencialista, a saúde da família é vista como aquilo que o Estado faz em benefício dessa população.

O preceito constitucional de saúde como direito de todos presume claramente que a saúde não é resultante de serviços específicos. Essa visão fez parte das políticas de saúde nos anos 50 e 60 no período desenvolvimentista em que se investia em serviços de saúde para se obter melhorias na saúde da população. O salto na mudança do modelo assistencial trata do

conjunto de políticas sociais e econômicas que criam condições para que os cidadãos e suas famílias possam ativamente evitar os riscos dos agravos com relativa autonomia, combater as enfermidades, bem como preservar e recuperar a saúde mediante acesso a serviços assistenciais. O papel assistencial do PSF, por mais importante que seja, tem de ser colocado como subsidiário a esse nível de autonomia familiar e comunitária.

O processo de aperfeiçoamento e descentralização do SUS avança com a aprovação em 2001 da NOAS 01/01, e no ano seguinte a NOAS 01/02, com o objetivo de ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; definir o processo de regionalização da assistência; criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e proceder à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

A NOAS 01/02 amplia também as responsabilidades das Secretarias Estaduais de Saúde na gestão do SUS. Tem como estratégia principal o processo de regionalização que é um planejamento por meio do qual os sistemas de saúde funcionam articulados em redes e cooperativas de atenção em territórios delimitados, com populações definidas, para garantir o acesso dos usuários às ações e serviços que não estão disponíveis em seus municípios.

Com a estratégia da regionalização, os Estados dividiram seu território em microrregiões de saúde para garantir acesso aos cidadãos, o mais próximo possível da residência, de um conjunto mínimo de ações e serviços, além de estabelecer compromisso entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais no sentido de garantir também o acesso aos outros níveis de atenção de maior complexidade.

Dentre os instrumentos de gestão o Plano Diretor de Regionalização (PDR) tem como objetivo organizar de forma regionalizada e hierarquizada a assistência à saúde e organizar o estado em microrregiões de saúde estabelecidas a partir de níveis de complexidade dos serviços. Para a organização da assistência no âmbito estadual, o PDR utiliza os seguintes conceitos-chave: Regiões e microrregiões de saúde, Módulos assistenciais, Município-pólo e Programação Pactuada Integrada (PPI). Ao dividir por nível de complexidade, os serviços deixam de ser pensados sob um aspecto exclusivamente municipal para serem pensados a partir de um aspecto regional.

Apesar de considerar a regionalização necessária para o aprofundamento do processo de descentralização, a NOAS 01/02 reduz, em parte, a autonomia de gestão conquistada pelos municípios com a NOB/SUS 01/96, apesar de aumentar sua responsabilidade na gestão. Pela exigência de um grande número de documentos, como planos de saúde e quadros de metas, torna a gerência complexa e, com isso, muitos municípios, principalmente os pequenos, acabam não conseguindo seguir a nova norma. Além disso, os novos critérios de habilitação dificultam a integração dos novos municípios ao sistema, como também possibilita que muitos municípios possam perder a habilitação por não conseguirem atendê-los. Por fim, a obrigatoriedade de adequação às novas regras em curto prazo pode gerar uma adaptação apenas com o objetivo de cumprir as novas diretrizes sem que haja melhora no atendimento da população.

A partir de então, houve um conjunto de ações visando à intensificação e qualificação do processo de descentralização no SUS. Em janeiro de 2003, apenas 13 estados estavam em gestão plena. Mediante incentivos financeiros e cooperação técnica intensa foi possível chegar a outubro de 2004 com todos os estados em gestão plena e aumento do número de municípios em GPMS, chegando a um total de 657 municípios, sendo 429 habilitados pela NOB 01/96 e 228 pela NOAS 01/02 (SOLLA, 2006).

No âmbito da GPAB, em setembro de 2004, apenas 15 municípios não estavam habilitados em alguma forma de gestão. Após diversos debates e aprovação pela CIT e CNS, a Portaria 2.023 de 23 de setembro de 2004, estabeleceu que todos os municípios e o Distrito Federal são responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica. Cessava o processo de habilitação de municípios em GPAB, passando a vigorar como única modalidade de habilitação a GPMS.

Após 20 anos de vigência da Constituição e pelo menos 15 de promulgação das Leis Orgânicas da Saúde reconhecem-se os avanços do processo de descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil, que hoje atinge 5.049 municípios brasileiros, o que corresponde a 91,7% do total (BRASIL 2006a). Assim também os avanços do PACS e do PSF em que dos 5.564 municípios brasileiros, 5.309 (95,4%) têm o PACS e 5.106 (91,8%) com equipes do PSF em funcionamento. O avanço mais importante da descentralização talvez seja a inclusão de novos atores na política de saúde, quais sejam os estados e os municípios, seja por meio de seus gestores, de seus conselhos de saúde e de outras instâncias. Além disso,

e por conseqüência, o aumento da produtividade, incorporação de segmentos populacionais desassistidos, a ampliação experimentada pela população de ações e serviços que lhe são prestados (BRASIL, 2000; TEIXEIRA, 1997).

Em estudos de avaliação do PSF, são citadas dificuldades de acesso da população as unidades básicas assim como aos serviços de maior complexidade, provavelmente decorrentes da quantidade de famílias cadastradas/equipe de saúde da família; problemas na composição e manutenção das equipes nos locais de trabalho; dificuldades de envolvimento dos profissionais de nível superior com o novo modelo de atenção permanecendo o modelo anterior de atendimento centralizado nas unidades, sem a realização de visitas domiciliares (CONILL, 2002; VIANA; DAL POZ, 1998).

Os estudos que mostram um maior acesso da população aos serviços de saúde, maior integralidade da atenção (BERTONCINI, 2000; ORTIGA, 1999; SALDANHA, 2003; TRAD; BASTOS, 1998) e diminuição das internações hospitalares como resultados da efetividade da rede básica (ORTIGA, 1999) foram observados em áreas onde anteriormente não havia oferta de serviços, porém nas áreas circunvizinhas, não cobertas pelo Programa, a população pressiona o serviço em busca de atendimento e, quando não o consegue, busca atendimento em serviço de urgência/emergência (SALDANHA, 2003).

Várias iniciativas estão sendo realizadas para o fortalecimento da gestão descentralizada, dentre elas o Projeto de Apoio à Expansão da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) para municípios com mais de 100 mil habitantes; o Projeto de Qualificação da Saúde da Família; a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); a implementação do CNES; o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde; a descentralização do processamento das autorizações de internações hospitalares (AIH); e o projeto de capacitação das equipes estaduais e municipais em regulação, controle, avaliação e auditoria.

O processo avança, porém é importante destacar alguns aspectos no processo da implementação da reforma. Um deles é quanto à prioridade do governo federal na atenção básica, por meio de repasse direto de recursos ao município, que contraditoriamente pode ter obstaculizado a construção de uma política de saúde fundada nas necessidades locais. Cada vez mais se aumenta o número de itens “carimbados” para os quais se destinam os recursos

federais. Trata-se de recursos vinculados a programas específicos, de maneira que, para o município ser merecedor dos recursos, é condição a implementação da política. Os municípios dependentes desses recursos passaram a ser meros executores da política estabelecida no âmbito federal o que enfraquece a descentralização e a participação da comunidade em nome da “eficiência” do gasto em saúde (MARQUES; MENDES, 2003).

Outro aspecto de resistência à efetiva e ampla descentralização, origina-se do poder político hegemônico conservador que tem o fisiologismo, o assistencialismo e o clientelismo como exercício de atuação, incluindo o setor saúde, na execução direta das ações e serviços de saúde e na contratação de serviços privados. No primeiro caso, a ação assistencial ainda é vista pela população como um “favor” e não como um direito social, e sendo assim, permite que seja traduzido como “valor de troca” e “moeda” eleitoral. No segundo caso, a maioria dos estados e municípios contrata serviços privados sem cumprir a legislação vigente, não realiza procedimentos licitatórios e não formaliza contratos com os prestadores. A contratação fica configurada como um “favor” dos governantes, e assim, podendo receber retribuições por este “privilégio” (SOLLA, 2006).

Nesta relação inadequada, os prestadores e serviço, terminam por definir a oferta a ser paga pelo SUS, privilegiando procedimentos considerados mais lucrativos e selecionando a clientela a ser atendida, com prejuízo no atendimento às necessidades da população. A situação agrava-se pela existência de fraudes ao sistema não detectadas nem corrigidas em face da inexistência de mecanismos efetivos de gestão - regulação, controle, avaliação e auditoria. Nesse aspecto não são programados recursos para financiar essas ações de gestão como se não fossem imprescindíveis ao adequado funcionamento do sistema de saúde.

A essas dificuldades associam-se as limitações quanto à atuação dos conselhos de saúde na democratização da gestão. Apesar de presentes em todos os estados e na quase totalidade dos municípios, a heterogeneidade é marcante. Desde conselhos municipais com atuação expressiva no controle social sobre ações e serviços de saúde, até aqueles que só tem a existência formalizada para cumprir burocraticamente exigências cartoriais de habilitação.

Outros aspectos também são importantes, como a ausência da cooperação técnica e financeira dos estados com os municípios, ou se ocorre, de forma “incompleta”, com o estado mantendo sob sua gestão uma parte da rede de serviço. De forma geral, a competição é mais

forte e intensa que a cooperação entre os gestores e o descumprimento desta falta de responsabilidades e gestão, muitas vezes é penalizado com desabilitação de entes federados ou suspensão de repasses financeiros que penalizam mais ainda a própria população do que os respectivos gestores.

A despeito de todos os estados e cerca de 10% dos municípios estarem atualmente em gestão plena, ainda existem municípios com mais de 100 mil habitantes com responsabilização apenas sobre a atenção básica. Como o processo de habilitação é proposto por decisão do gestor local, se este não tiver interesse em assumir esta responsabilidade, não existe mecanismo que o obrigue a tomar tal decisão. Como exemplo, temos o caso de Maceió, capital de um estado muito pobre, com os piores indicadores sócio-econômico e de saúde do país, onde a municipalização da saúde não implica no gerenciamento de toda a rede de assistência; onde a central de regulação controla e regula o acesso apenas para os serviços ambulatoriais especializados do usuário que já teve acesso ao sistema pelas unidades de atenção básica, mas não garante aos que ainda não foram atendidos; uma frágil rede de atenção básica com apenas 24,77% da sua população assistida pelo PSF e 18,81% pelo PACS.

Solla (2006) aborda algumas questões sobre o estrangulamento no processo de descentralização:

[...] pode-se levantar a hipótese de existir, nos marcos atuais, certo esgotamento do processo de descentralização por **habilitação** (comprovação cartorial de requisitos e capacidades) feita por **adesão** (vontade política do gestor local) e **concordância** das outras esferas, tendo a indução financeira, por meio de recursos federais, como seu grande motor.

Na perspectiva de superar as dificuldades apontadas, os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto para a Saúde 2006 com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

A reconstrução do sistema de saúde em novas bases ultrapassa um questionamento conceitual ou a forma de organização dos serviços. Tomando a conceituação ampla sobre a saúde, requer a criação de novas formas que materializem social e politicamente uma ação cuidadora e integral, como direito de cidadania. Atender às necessidades e aos anseios da

população foi a motivação maior de se promover uma reforma no sistema de saúde brasileiro mais próximo dos indivíduos, mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

O SUS é a política de saúde no cumprimento do dever do Estado em garantir os direitos constitucionais na área de saúde. Com a descentralização política, os municípios adquiriram uma maior autonomia para decidir as políticas públicas de sua responsabilidade, dando prioridade às ações que atendam as demandas da população local.

A necessidade do estudo das políticas públicas vai se mostrando à medida que se buscam formas de concretização dos direitos humanos, em particular os direitos sociais.

2.3 A avaliação de políticas públicas

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem. Na atualidade, assume cada vez mais um caráter polissêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise. Na literatura recente, observa-se um alargamento da concepção de avaliação de intervenções em saúde, mesmo sem deixar de reconhecer os diversos limites conceituais e de sua operacionalização no âmbito dos serviços (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; HARTZ, 1997; MINAYO; SANCHES, 1993; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1991; SILVA; FORMIGLI, 1994).

Em sentido lato, **avaliar** segundo o dicionário Aurélio:

[...] 1. Determinar a valia ou o valor de [...]. 2. Apreciar ou estimar o merecimento de [...]. 3. Calcular, estimar, computar [...]. 4. Fazer idéia de; apreciar, estimar [...]. 5. Reconhecer a grandeza, a intensidade, a força de [...]. 6. Determinar a valia ou o valor, o preço, o merecimento, etc; calcular, estimar [...]. 7. Fazer a apreciação; ajuizar [...]. 8. Reputar-se, considerar-se [...] (AVALIAR, 1986).

Em sentido estrito – como é a abordagem adotada nesta tese - avaliar é determinar o mérito e a prioridade de um projeto de investimento ou de um programa social, geralmente financiado com recursos públicos e voltado para resolver um determinado problema econômico e social (HOLANDA, 2003).

A definição do que seja avaliação parece ser quase consensual. De acordo com a UNICEF (1990), por exemplo, trata-se de uma análise sistemática e objetiva de um projeto ou programa, finalizado ou em curso, que contemple o seu desempenho, implementação e resultados, com vistas à determinação de sua eficiência, efetividade, impacto, sustentabilidade e a relevância de seus objetivos. O propósito da avaliação é guiar os tomadores de decisão, orientando-os quanto à continuidade, necessidade de correções ou mesmo suspensão de uma determinada política ou programa (COSTA; CASTANHAR, 2003).

Para Contandriopoulos et al. (1997, p. 31) a avaliação corresponde a:

[...] fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

O termo intervenção é compreendido como meios organizados para produzir bens ou serviços em um contexto e período determinado e tem como objetivo modificar uma situação problemática. Neste conceito, as políticas de saúde são intervenções formuladas frente a problemas sociais.

Para Weiss (1998 apud HOLANDA, 2003)

Avaliação é uma análise ponderada e sistemática (“systematic assessment”) da operação e/ou dos resultados de uma política ou um programa, em confronto com um conjunto de padrões implícitos ou explícitos, tendo como objetivo contribuir para o aperfeiçoamento desse programa ou política.

Rossi, Freeman e Mark (1999 apud HOLANDA, 2003), a avaliação de programas corresponde à:

Utilização de metodologias de pesquisa social para investigar, de forma sistemática, a efetividade de programas de intervenção social que foram

adaptados ao seu ambiente político e organizacional e planejados para conformar a ação social numa maneira que contribua para a melhoria das condições sociais.

A avaliação de políticas públicas configura-se como um instrumento significativo para o planejamento e formulação das intervenções governamentais, o acompanhamento de sua implementação, suas reformulações e ajustes, assim como as decisões sobre a manutenção ou interrupção das ações. É um instrumento importante para a melhoria da eficiência do gasto público, da qualidade da gestão e do controle sobre a efetividade da ação do Estado, bem como para a divulgação de resultados de governo.

Sob o termo “avaliação” reúnem-se diversas atividades, cujo aspecto varia desde um julgamento subjetivo do desenvolvimento de determinada prática social, até a pesquisa avaliativa recorrendo a métodos e técnicas que possibilitam maior objetividade.

As práticas de saúde podem constituir-se em objetos da avaliação, seja enquanto cuidado individual, seja nos níveis mais complexos de intervenção e de organização como políticas, programas, plano, projeto, produto e da performance ou desempenho - objetivo, meta e efeito (HOLANDA, 2003; SILVA; FORMIGLI, 1994). A definição desses termos nos enfoques teóricos sobre o tema, tanto no que diz respeito às possíveis abordagens quanto no que diz respeito aos atributos ou componentes, é diversa provavelmente decorrente da complexidade do objeto avaliação em saúde (SILVA; FORMIGLI, 1994).

A política, como objeto de avaliação, é definida como sendo o estágio onde as propostas ganham forma e estatuto, recebendo tratamentos formais mínimos, ao serem definidos metas, objetivos e recursos. As políticas transformam-se em programas quando é explicitada a estratégia de implementação (SILVA, 2002).

Por sua vez, o programa é um conjunto de atividades organizadas para serem realizadas dentro de cronograma e orçamento específicos disponíveis para a implementação de políticas, ou para a criação de condições que permitam o alcance de metas políticas desejáveis (ALA-HARJA; HELGASON, 2000). Um conjunto de programas com objetivos comuns é o plano. Ele ordena os objetivos gerais e os desagrega em objetivos específicos, que serão os objetivos gerais dos programas, além de organizar as ações programáticas em uma

seqüência temporal, de acordo com a racionalidade técnica e as prioridades de atendimento (COHEN; FRANCO, 2004).

O objetivo é a situação que se deseja obter ao final da implementação do programa, mediante a aplicação dos recursos e da realização das ações previstas (COHEN; FRANCO, 2004); a meta é a dimensão quantitativa, temporal e espacial do objetivo; e o efeito é o que decorre da influência do programa. O objetivo está localizado temporalmente antes do início do programa; os efeitos são resultados das ações do programa, e podem ser intermediários, ocorrendo durante o programa, ou finais, que são os que perduram após o programa.

Há várias formas de se proceder a avaliação de uma política pública. Arretche (1998) faz distinção entre avaliação política, avaliação de uma dada política pública e análise de políticas públicas, concordando que cada uma das distintas abordagens avaliativas mencionadas supõe distintos instrumentos de operação e, por conseqüência, abordagens e conclusões de diferente natureza. Para esta autora, a avaliação política concentra-se na análise e elucidação do critério ou critérios que fundamentam determinada política, ou seja, as razões que a tornam preferível a qualquer outra. A avaliação de uma dada política pública procura atribuir uma relação de causalidade entre um programa x e um resultado y, ou ainda, que na ausência do programa x, não teríamos o resultado y. Por sua vez, a análise de políticas públicas dedica-se ao exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas.

Segundo Hartz (1999) diversos países como Estados Unidos, Grã Bretanha, Canadá, Austrália e França tentam imprimir na administração pública uma gestão por resultados, ou seja, avaliar os efeitos de suas intervenções por meio do conhecimento do nível de resultados alcançados, forçando uma ampliação do conhecimento sobre todos os serviços fornecidos.

Essa atual proposta de avaliação de resultados é fruto da mudança nos conceitos referentes às responsabilidades do gestor público. O que se busca é acrescentar ao tradicional controle de conformidade, o controle de desempenho, com base na verificação dos níveis de eficácia, eficiência, efetividade e impacto da gestão dos recursos públicos. Três destes atributos - eficácia, eficiência e efetividade são relacionados com o efeito das ações e práticas

de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto) e a eficiência está relacionada com os custos das ações (ARRETCHE, 1998; SILVA; FORMIGLI, 1994).

A utilização desses termos varia entre os autores e uma superposição entre as definições de eficácia, efetividade, eficiência e qualidade, porém verifica-se uma tendência à convergência entre algumas definições.

A eficácia é definida como o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1982). Está direcionada às metas, ou seja, a eficácia de uma política dá-se na possibilidade efetiva de atingir uma quantidade satisfatória de suas metas, isto é, metas previstas e metas alcançadas.

Por sua vez, a efetividade e o impacto traduziriam o efeito real num sistema operacional (DONABEDIAN, 1990; VUORI, 1982), ou a relação entre os resultados e o objetivo (ARRETCHE, 1998; COHEN; FRANCO, 2004). A diferença entre os dois atributos seria em relação ao objeto de avaliação e ao tempo. O efeito de determinado serviço sobre um grupo populacional corresponderia à efetividade. Por outro lado, o efeito de um “sistema” sobre uma população expressaria o impacto. Em relação ao tempo, o curto prazo diria respeito à efetividade e o longo prazo, ao impacto (SILVA; FORMIGLI, 1994).

Para os propósitos desta tese, adotou-se uma definição operacional de avaliação entendendo-a como um processo sistemático de levantamento e análise de dados visando a identificar os resultados de um programa e aferir a sua relevância, eficiência e eficácia, em confronto com as metas estabelecidas quando de sua concepção ou formulação.

A avaliação de resultados difere da avaliação de processos que é realizada durante a implementação do programa e diz respeito à dimensão de gestão. É uma avaliação periódica que procura detectar as dificuldades que ocorrem durante o processo para efetuar correções ou adequações. Já a avaliação de resultados tem objetivos mais ambiciosos, respondendo se o programa funcionou ou não. Procura verificar em que medida o programa alcança seus objetivos e quais são os seus efeitos, indagando se houve modificações na situação-problema que originou a formulação do programa, após sua implementação (COHEN; FRANCO, 2004; COTTA, 1998).

É mais complexa, pois envolve o julgamento sobre hipóteses, tais como se uma solução se aplica as outras realidades, ou apenas a determinado contexto, se as mudanças observadas na situação-problema se devem à intervenção ou a outros fatores ou se as mudanças são permanentes ou temporárias, cessando com a interrupção do programa.

Cotta (1998, p. 113) estabelece uma diferenciação entre avaliação de resultados e avaliação de impacto:

[...] depende eminentemente do escopo da análise: se o objetivo é inquirir sobre os efeitos de uma intervenção sobre a clientela atendida, então, trata-se de uma avaliação de resultados; se a intenção é captar os reflexos desta mesma intervenção em contexto mais amplo, então, trata-se de uma avaliação de impacto.

Segundo Vuori (1982) a abordagem de resultados é a medida mais válida da qualidade da atenção e sua abordagem serve como mecanismo de triagem e indica áreas de problemas potenciais que poderão ser abordadas por avaliações de processo e de estrutura, ou seja, a partir dos resultados, estenderem a avaliação para todo o sistema.

Um dos autores mais respeitados na classificação das abordagens para avaliação em saúde é Donabedian (1980, 1990). Este autor concebeu a tríade “estrutura-processo-resultados”, em que a estrutura corresponderia aos instrumentos, recursos, condições físicas e organizacionais; o processo, ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes, sendo o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado. Por sua vez, os resultados seriam as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado prévio. O autor também considera como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos, comportamentos e a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado. Assim sendo, os resultados possuiriam a característica de refletir os efeitos de todos os insumos do cuidado, podendo servir de indicador para a avaliação indireta da qualidade, tanto da estrutura como do processo.

Os resultados podem ser gerais ou específicos e ambos são valorizados. Os resultados gerais, avaliados a partir de indicadores de morbidade e mortalidade, possibilitam análise comparativa entre sistemas de saúde, no entanto, isoladamente, não são suficientes para avaliação de qualidade de todo o sistema nas suas diversas características. Torna-se

necessária a utilização de resultados específicos para a avaliação mais adequada da qualidade em saúde.

Dentre os autores que valorizam os resultados específicos, destacam-se Kesnner, Kalk e Singer (1973) com os traçadores ou marcadores e Rutstein et al. (1976), com os eventos sentinelas.

O método de traçadores ou marcadores baseia-se na idéia de que a partir da avaliação da assistência prestada a um conjunto determinado de condições ou doenças, possa-se inferir a qualidade da atenção à saúde em geral, incluindo-se a resolutividade, uso adequado de exames complementares, oportunidades das ações, acesso à medicação ou a níveis mais complexos do sistema de saúde, etc. A constatação de que uma determinada condição marcadora recebe uma assistência adequada não permite inferir que todos os problemas de saúde semelhantes também a recebem, embora seja um ponto para a boa qualidade do serviço. Por outro lado, a detecção de problemas de atenção a esta mesma condição marcadora, permite supor que problemas semelhantes ocorram em outras condições. Quando inicialmente proposto, o traçador seria uma técnica de avaliação conjunta de processo e resultado, este último concebido como o benefício produzido pela assistência à saúde do usuário (PENNA, 2007).

O método do evento sentinela sustenta que se pode medir a qualidade da atenção à saúde, a partir da ocorrência de indicadores negativos de saúde, ou seja, de indicadores indesejáveis e, portanto, passíveis de serem evitados. Evento sentinela é um evento sanitário de alerta traduzido pela ocorrência de doença, invalidez ou morte desnecessária que justifica uma investigação científica acerca de suas causas subjacentes. Como desnecessária ou prevenível o autor considerou as condições que contam com tecnologia médica suficiente para evitá-las. Assim, evento sentinela é algo que não deve ocorrer, uma condição em que é provável se detectarem falhas no processo de atenção. Portanto, a ocorrência de evento sentinela parte da existência de uma falha no produto da atenção em saúde para a investigação das falhas do processo que contribuiram para o efeito negativo (SILVA, 1999).

Penna (2007) amplia a idéia de evento sentinela para outros usos no processo de avaliação de aspectos específicos:

Podemos também pensar em eventos sentinelas para avaliação de aspectos específicos do processo, como uso de exames complementares, ou acesso, etc. a idéia básica é a coleta de informação a partir de fato negativo, do que foi previamente definido como o que não deve ocorrer.

A autora ressalta as vantagens do método em obrigar uma definição clara dos objetivos dos serviços de saúde em relação às condições de saúde da população e ser capaz de detectar ocorrências na população não coberta de fato pelos serviços de saúde. Ao definir um conjunto de eventos sentinelas os gerentes de serviços de saúde passam a explicitar objetivos de saúde em nível da saúde da população, mudando de uma óptica centrada na demanda para uma outra centrada na população. Cita como exemplo, a morte infantil por doença diarreica como evento sentinela, propõe-se sua não ocorrência e não apenas assistir adequadamente a demanda de crianças com diarreia. E conclui que a técnica de eventos sentinelas parte da constatação da existência de uma falha no produto para a investigação das falhas de processo que contribuíram para o efeito negativo.

2.4 Instrumentos de avaliação para determinação de ‘adequação’ em serviços de urgência e emergência hospitalar

Dornas Júnior e Ferreira (2003) aplicaram o método de eventos sentinela para identificação de desvios do fluxo de pacientes que procuraram a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Norte, em Belo Horizonte. Os autores selecionaram casos de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, em clínica médica, e Doenças Respiratórias Agudas, em pediatria, para observação e análise, utilizando como parâmetro o tempo de permanência, o uso de medicamentos e a evolução. Consideraram que atendimentos com permanência no serviço até quatro horas, sem uso de medicação e que finalizaram com alta, foram considerados ‘eventos sentinelas’ e poderiam ser realizados em Unidades Básicas de Saúde.

Vários outros estudos avaliaram desvios de fluxos em serviços de urgência e emergência hospitalar por meio da análise do perfil de morbidade dos casos atendidos. A imprecisão de nosografia para caracterização dos agravos que o usuário deveria apresentar para ser atendido em serviços desta natureza é uma das razões para a utilização das mais

variadas denominações e critérios e para caracterizar qual é a clientela própria dos serviços de urgência/emergências. Os termos mais utilizados nos estudos são ‘adequação’ e ‘inadequação’. De modo geral, casos inadequados são definidos como aqueles não urgentes ou passíveis de resolução na atenção primária. Este conceito é semelhante ao utilizado com a denominação de “evento sentinela” proposto por Rutstein et al. (1976).

Quanto aos critérios, o Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH) elaborado e testado por Sempere et al. (1999) na Espanha é um dos mais utilizados (ARANAZ ANDRÉS et al., 2004; HINOJOSA et al., 2001; OTERINO et al., 1999; SÁNCHEZ, 2004; VALDÉS et al., 2002). Este protocolo traz categorias de avaliação como gravidade clínica do paciente, tipo de tratamento realizado e recursos utilizados para realização do diagnóstico, além de outros critérios aplicáveis apenas aos usuários que buscam espontaneamente os serviços. Entretanto, exclui as urgências pediátricas, traumatológicas e obstétricas.

Critérios utilizados (PAUH):

a) Quanto a gravidade:

- a Perda de consciência, desorientação, coma, alteração da sensibilidade (de instalação aguda ou muito recente);
- b Perda aguda de visão ou audição;
- c Alteração do pulso (<50/>140p/m) e arritmias;
- d Alteração da pressão arterial (sistólica <90/>200 mm Hg diastólica <60/>120 mm Hg);
- e Alteração de eletrólitos ou gases sanguíneos (não considerar em pacientes com as seguintes doenças crônicas: insuficiência renal crônica, insuficiência respiratória crônica, etc.);
- f Febre persistente (5 dias) não controlada com tratamento na atenção primária;
- g Hemorragia ativa (hematêmese, epistaxis, melenas, etc.). Exclui feridas superficiais que requerem apenas sutura;
- h Perda aguda da capacidade funcional de qualquer parte do corpo.

b) Quanto ao tratamento:

- a Administração de medicamentos ou fluidos por via intravenosa (exceto manutenção de via);
- b Administração de oxigênio;
- c Colocação de gesso (exclui colocação de atadura);
- d Intervenção/procedimentos realizados em centro cirúrgico.

c) Quanto aos recursos utilizados:

- a Monitoramento de sinais vitais ou aferição a cada 2 horas;
- b Exames radiológicos de qualquer tipo;
- c Exames laboratoriais (exceto glicemia em diabéticos que procuram o serviço por motivos não relacionados com a diabetes e tira reativa para glicemia capilar);
- d Eletrocardiograma (exceto cardiopatas crônicos que buscam o serviço por problemas não relacionados à cardiopatia).

d) Outros critérios:

- a Permanência do paciente, em observação, por um período superior a 12 horas no serviço de urgência hospitalar;
- b Internamento ou transferência do paciente a outro hospital;
- c Falecimento do paciente no serviço de urgência hospitalar;
- d Encaminhamento do paciente por médico (especificar).

e) Quanto a pacientes que buscam atendimento espontaneamente:

- a Acidentados (de trânsito, trabalho, em lugar público...);
- b Sintomas que sugerem urgência vital: dor torácica, dispnéia de instalação rápida, tiragem, dor abdominal aguda;
- c Quadro clínico recorrente e que habitualmente requer internação;
- d Orientação médica para buscar atendimento de urgência diante do aparecimento de sintomas específicos.

- e Requer atenção médica com rapidez e o hospital é o centro mais perto
- f Outros (especificar)⁹.

O preenchimento de pelo menos um dos critérios acima mencionados classifica o caso como adequado. Este protocolo mostrou excelente confiabilidade, porém os resultados da análise de validação, confrontada com o critério de *experts*, mostraram baixa concordância global (68%). Quanto ao valor preditivo, o PAUH se comporta como um instrumento específico (98%), porém pouco sensível (44%), ou seja, com alto poder preditivo positivo para casos definidos como inadequados, contudo com baixo poder preditivo negativo para os não adequados (ARANAZ ANDRÉS, 2004).

Este protocolo apresenta três fatores que poderia afetar negativamente a sua aplicabilidade, quais sejam: a) não é uma ferramenta de aplicação universal à medida que exclui as urgências pediátricas, traumatológicas e obstétricas. Como essas clínicas parecem ser causa de um elevado percentual de urgências inadequadas, sobretudo a primeira, o PAUH poderia estar reduzindo o número real de demanda inadequada; b) 50% dos atendimentos considerados adequados apenas cumpriam o critério de realização de provas diagnósticas. Este critério, ainda que possa traduzir a realidade, em muitas ocasiões pode estar medindo a utilização indevida de exames complementares pelos próprios serviços de urgência/emergência hospitalar, mais que um atendimento inadequado; e c) apresenta uma validade baixa quando os resultados são comparados com a opinião de um grupo de *experts*, que consideraram um percentual maior de ‘inadequação’ do que se detecta na aplicação do PAUH (SANCHEZ, 2004).

A vantagem deste Protocolo é a sua capacidade para reproduzir os resultados quando empregado por pessoas diferentes ou em momentos diferentes e a sua especificidade, ou seja, evita classificar como inadequadas às urgências verdadeiras. Segundo Sempere et al. (1999) o PAUH é um instrumento de avaliação cujos resultados são superiores aos achados na literatura para instrumentos objetivos de avaliação da inadequação de atendimentos e internações hospitalares, a exemplo do Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) - Protocolo de Avaliação da Adequação, provavelmente porque os critérios do PAUH são menos ambíguos que alguns dos existentes nestes instrumentos.

⁹ Tradução livre pela autora.

O protocolo AEP, elaborado por Kreger e Restuccia (1989), é utilizado para a avaliação no uso desnecessário da hospitalização. Este protocolo foi posteriormente validado por Casanova et al. (1999) e Peiró et al. (1996) e utilizado em algumas pesquisas (GARAU et al., 2004; PARDO et al., 2004) na avaliação da hospitalização em serviços de urgência/emergência hospitalar. Consiste em um conjunto de critérios objetivos para julgar a necessidade de internação hospitalar a partir da revisão de histórias clínicas. Por este critério, o atendimento é considerado 'inadequado' se não cumprir nenhum dos critérios de admissão.

Os critérios de 'adequação' do AEP são:

a) Referentes a situação clínica do paciente:

- a Alterações graves eletrolíticas ou de gases sanguíneos ($\text{Na}^+ < 123 \text{ mEq/l}$ ou $> 156 \text{ mEq/l}$; $\text{K}^+ < 2,5 \text{ mEq/l}$ ou $> 6 \text{ mEq/l}$; $\text{HCO}_3^- < 20 \text{ mEq/l}$ ou $> 36 \text{ mEq/l}$; pH arterial $< 7,30$ ou $> 7,45$;
- b Febre persistente $> 38^\circ\text{C}$ com duração superior a 5 dias;
- c Dificuldade para mover qualquer parte do corpo em até 48 horas antes do internamento;
- d Perda de visão ou audição 48 horas antes do internamento;
- e Hemorragia ativa;
- f Evisceração ou deiscência de ferida cirúrgica;
- g Frequência cardíaca anormal ($< 50 \text{ bpm}$ ou $> 140 \text{ bpm}$);
- h Pressão arterial fora dos seguintes padrões: sistólica $< 90 \text{ mm Hg}$ ou $> 200 \text{ mm Hg}$ e/ou diastólica $< 60 \text{ mm Hg}$ ou $> 120 \text{ mm Hg}$;
- i Estado confusional agudo, coma ou falta de resposta;
- j Evidência eletrocardiográfica de isquemia coronariana aguda com suspeita de infarto de miocárdio recente.

b) Referentes a procedimentos realizados:

- a Medicação intravenosa e/ou reposição de fluidos (não inclui nutrição enteral);
- b Procedimentos que requerem anestesia geral ou bloqueio regional ou outros procedimentos disponíveis apenas para pacientes internados;

- c Telemetria, monitoração cardíaca ou monitoração de sinais vitais ao menos a cada 2 horas;
- d Reação adversa a medicamentos;
- e Antibioticoterapia intramusculares ao menos a cada 8 h;
- f Respirador contínuo ou intermitente (ao menos a cada 8 h)¹⁰.

Outro critério para determinação da ‘adequação’ em serviços de urgência/emergência pediátrica foi utilizado por Kovacs et al. (2005). Os autores pesquisaram a ‘adequação’ em relação à capacidade tecnológica do serviço, considerando dia e hora do atendimento, idade da criança, tempo de doença, contato prévio com serviço, demanda por encaminhamento, hipóteses diagnósticas e condutas no contato atual. Os autores construíram cinco categorias de análise: 1) adequação pela ocorrência; 2) adequação pela aderência à orientação; 3) adequação pela hora do atendimento; 4) adequação pelo dia do atendimento e, 5) inadequação.

- 1) adequação pela ocorrência - acidente, violência, convulsão, envenenamento, picada de cobra e de escorpião, bronquiolite em menores de 6 meses, eventos que requeriam internação, referência para outra unidade de urgência, hidratação venosa e corticóide injetável;
- 2) adequação pela aderência à orientação - encaminhamento;
- 3) adequação pela hora do atendimento – pronto-atendimento poderia ser feito na rede básica, mas demandaram de segunda à sexta-feira das 17h00 às 8h00;
- 4) adequação pelo dia do atendimento – semelhante ao anterior, mas demandaram nos fins de semana;
- 5) inadequação - necessidades de atendimento tinham caráter ambulatorial.

Vera, Werner e Massri (2004) determinaram a ‘adequação’ pelo nível de complexidade dos pacientes atendidos na Unidade de Emergência do Hospital de Purranque, no Chile. Utilizaram a seguinte escala de classificação dos casos atendidos: 1) casos de

¹⁰ Tradução livre pela autora.

complexidade nula, 2) casos de complexidade baixa, 3) casos de complexidade média, 4) casos de complexidade média-alta e 5) casos de complexidade alta, sendo os grupos 1 e 2 considerados não urgentes ou inadequados.

Grupo 1: complexidade nula. Casos que apenas requereram avaliação e orientação médica;

Grupo 2: complexidade baixa. Casos que receberam procedimentos clínicos mínimos. Não precisaram de observação e sua alta foi imediatamente após o tratamento;

Grupo 3: complexidade média. Casos que ficaram em observação até 4 horas para avaliação de exames e/ou tratamentos;

Grupo 4: complexidade média alta. Casos que necessitaram de medidas imediatas no ambulatório, de hospitalização ou de transferência a um centro de maior complexidade. Neste grupo foram incluídos os procedimentos que sem ser de urgência, são obrigatórios de ser realizados na unidade, por necessitar da presença do médico e que não podem ser realizados em outro lugar, como vacinas antirrábicas, antitetânica, comprovação de lesões, suturas, alcoolemia e colocação de gesso;

Grupo 5: complexidade alta. Casos que necessitaram de reanimação, presença de equipe médica e de cuidados de enfermagem. A atenção foi prioritária na unidade, necessitou de procedimentos múltiplos, registros, tratamentos, exames de laboratório e avaliações médicas e de cuidados de enfermagem¹¹.

Fajardo-Ortiz e Ramírez-Fernández (2000, p. 165) adotaram a seguinte definição de urgência para classificar os atendimentos em urgência verdadeira ou não verdadeira: “urgência verdadeira é o atendimento médico proporcionado no serviço de urgência, após o qual, o usuário, por indicações médicas, deverá permanecer no hospital”.¹²

Furtado, Araújo Júnior e Cavalcanti (2004) determinaram a ‘adequação’ dos casos atendidos por um critério elaborado, testado e validado em serviço de urgência/emergência hospitalar. Para a definição de diagnóstico adequado e diagnóstico inadequado foi

¹¹ Tradução livre pela autora

¹² Tradução livre pela autora

estabelecida uma equipe de *experts* em emergência e traumas e entregue uma lista com os diagnósticos encontrados nos prontuários pesquisados. Destes, foram selecionados 39 diagnósticos considerados adequados, ou seja, aqueles que deveriam ser atendidos em SUH no nível de complexidade III – média e alta complexidade (Anexo A).

O presente estudo adotou este critério considerando as seguintes semelhanças (CNES) entre o Hospital da Restauração, em Recife, e a Unidade de Emergência Doutor Armando Lages, em Maceió: tipo da unidade (hospital geral público estadual), tipo de atendimento (ambulatorial, internação e urgência e emergência), nível de complexidade no SUS (tipo III), missão institucional (quanto ao atendimento da emergência). Além disso, foi considerado já ter sido testado pelos autores, conferindo legitimidade ao processo avaliativo, a disponibilidade, à adaptabilidade à avaliação, e a semelhança dos objetivos com a presente tese - avaliação do perfil de demanda após a municipalização e o PSF - possibilitando, assim, a comparação dos resultados.

Para a utilização do termo ‘adequação’, foram utilizadas as definições de urgência, emergência e para ‘não-adequação’ foi utilizada a definição de ‘não-urgência’, de acordo com a missão institucional.

2.5 Urgência, emergência: aspectos conceituais

O critério utilizado nesta e em outras pesquisas tem como base a conceituação do que “**não é urgência**”, do que é “**urgência**” ou “**emergência**”.

Urgência e emergência possuem vários sentidos e definições na língua portuguesa e ainda outras na linguagem da biomedicina.

O Dicionário Aurélio define da seguinte maneira os termos ‘urgência’, ‘urgente’ e ‘urgir’:

Urgência. (Do lat. *urgentia*) S.f. 1. Qualidade de urgente. 2. Caso ou situação de emergência, de urgência. ♦ **Urgência urgentíssima**. Na linguagem legislativa, urgência extraordinária (URGÊNCIA, 1986, grifo do autor);

Urgente. (Do lat. *urgente*) Adj. 2 g. 1. Que urge; que é necessário ser feito com rapidez. 2. Indispensável, imprescindível. 3. Iminente, impendente (URGENTE, 1986) e

Urgir. (Do lat. *urgere*) V. int. 1. Ser necessário sem demora; ser urgente [...] 2. Estar iminente; instar [...] 3. Não permitir demora [...] 4. Perseguir de perto; apertar cerco de. 5. Tornar imediatamente necessário; exigir, reclamar, clamar [...] 6. Insistir, instar [...]. 7. Obrigar, impelir [...] (URGIR, 1986).

Enquanto designa um caso ou uma situação, a urgência não se distingue da emergência: no Dicionário a emergência entra no conceito da urgência como se fossem conceitos equivalentes. No que diz respeito à urgência como “qualidade de urgente” (1), a definição aponta para dois critérios que conferem essa qualidade: o fator tempo - a rapidez, e o fator necessidade - precisa ser feito.

As definições de ‘Emergência’, ‘Emergente’, ‘Emergir’ (1986) não indicam esses critérios:

Emergência. (Do lat. *emergentia*) S. f. 1. Ação de emergir. 2. Nascimento (do Sol). 3. Situação crítica; acontecimento perigoso ou fortuito; incidente [...]. 4. Caso de urgência, de emergência: emergências médicas; emergências cardíacas. [...] (EMERGÊNCIA, 1986);

Emergente. (Do lat. *emergente*) Adj. 2 g. 1. Que emerge. 2. Que procede ou resulta. [...] (EMERGENTE, 1986);

Emergir. (Do lat. *emergere*) v. int. 1. Sair de onde estava mergulhado [...]. 2. Manifestar-se, mostrar-se, patentear-se [...] 3. Elevar-se como se saísse das ondas [...] 4. Fazer sair de onde estava mergulhado [...] (EMERGIR, 1986).

O termo ‘emergência’ quando aplicada a um caso não é dissociada do termo ‘urgência’ (4) e assim como na definição de urgência, as duas palavras são apresentadas como sinônimas. É interessante observar que o Dicionário recorre a um uso biomédico do termo – emergências médicas, emergências cardíacas, quando a literatura biomédica insiste na distinção entre urgência e emergência.

Enquanto a urgência é definida como qualidade de urgente, a emergência é definida como ação de emergir, como surgimento de algo novo, um acontecimento. A definição introduz critérios que caracterizam a ocorrência: o caráter repentino e imprevisto de sua manifestação, o critério crítico e perigoso (3), os quais estão ausentes na definição da

urgência. Em resumo, o Dicionário não indica qualquer distinção entre um caso (situação) de urgência e um caso (situação) de emergência.

Segundo Jacquemot (2005, p. 20) a urgência e a emergência aparecem caracterizadas da seguinte maneira:

A urgência é alguma coisa que exige uma ação rápida e indispensável. A definição não aponta para qualquer caráter de gravidade, de risco, de perigo. A emergência é o acontecimento de alguma coisa séria, cuja aparição súbita causa ou ameaça perigo. A definição não aponta para qualquer necessidade de ação rápida.

A literatura biomédica faz distinção entre as urgências e as emergências e os profissionais de saúde que atuam em serviços de urgência e emergência referem-se com frequência, a essa distinção e insistem na importância de saber a diferença entre as duas para agir de maneira adequada (JACQUEMOT, 2005).

Além disso, a percepção do que seja urgente é diferente entre as pessoas que vão aos serviços de urgência hospitalar e os profissionais de saúde que as atendem, ou seja, a realidade biológica da doença, identificada pelo médico, não corresponde à realidade de quem sofre da doença, ou ainda, a doença do doente (*illness*) não é a do médico (*disease*) (EINSENBURG, 1977; FABREGA, 1971; YOUNG, 1982 apud JACQUEMOT, 2005). Entre as duas existe uma importante distorção: a primeira diz respeito à experiência de algo anormal (dor, sofrimento, mal-estar) enquanto a segunda refere-se aos estados orgânicos e funcionais e remete a um estado de alteração do organismo objetivamente comprovado.

As percepções diferentes também se estendem a definições diferentes tanto nas definições na língua portuguesa, como na linguagem da biomedicina brasileira que procura lhes atribuir um sentido único e operante, propriamente médico.

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), de acordo com a Resolução 1451/95, os dois termos são definidos como:

Urgência é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Emergência é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato.

Referindo-se às definições de Aranha (1969) e Lopéz (1979), Paim, (1994, p. 152) define os dois termos como:

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 risco iminente de vida. Representa situações como fraturas, feridas lácero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, etc.

Em sua caracterização, o autor define outra categoria de situação ou problema de saúde que designa como sendo ‘de rotina’ por não apresentarem riscos de vida, mas que justificaria um pronto-atendimento.

[...] 85% dos atendimentos podem ser considerados de rotina, isto é, sem risco de vida. Como muitos desses problemas, considerados de rotina, implicam sofrimentos ou preocupações nos pacientes, criam-se situações específicas que não deveriam aguardar uma consulta agendada. É o caso de uma criança com vômito ou febre superior a 38,5°C a requerer algum cuidado, ainda que não seja de urgência/emergência. Nestas e em outras situações similares justificaria o serviço denominado de ‘pronto-atendimento’. Neste serviço, podem ser atendidas situações que não deveriam aguardar consulta marcada e, até mesmo, atendimento de urgência mais simples como suturas, nebulizações, etc. (PAIM, 1994).

O critério fundamental de distinção para este autor, entre emergência e urgência, e o que não é nem emergente nem urgente, é o risco de morte, avaliado com base do perigo que ameaça a manutenção das funções vitais do organismo (funções respiratórias, circulatórias e cerebrais). No caso de uma emergência, o risco de morte é iminente; no caso de uma urgência, o risco existe, mas não é iminente; no caso dos problemas ditos ‘de rotina’, é inexistente.

Na tipologia proposta por Paim (1994) e outros, a caracterização não se embasa em definições que estabeleçam caracteres claros e diferenciadores. Um exemplo dessa

dificuldade é a necessidade de recorrer a exemplos para caracterizar as situações ou casos considerados de urgência e de emergência.

A urgência e a emergência não são definidas como estados, mas como processos que se originam em pontos diferentes de um mesmo *continuum*, cujas extremidades propostas são, de um lado, a total ausência de risco de vida – que corresponde aos casos considerados de ‘rotina’ e, de outro, a existência de um risco de vida máximo – que corresponde aos casos de ‘emergência’. Entre os dois fica a ‘urgência’ e ela aparece como uma questão de graus ou de níveis.

Nesse processo três sub-fatores são levados em consideração: tempo, necessidade de agir e gravidade que estão intimamente ligados - quanto maior a gravidade, maior é a necessidade de uma ação terapêutica e menor é o tempo para realizá-la. Assim combinados se apresentam nas definições do Dicionário, porém se apresentam distintos na definição de Paim (1994).

A caracterização considera duas grandes dimensões do tempo. A primeira (emergência) diz respeito à velocidade, à rapidez (o fator tempo). A segunda (urgência) sugere o momento oportuno para agir e pressupõe uma escolha. Uma diz respeito à dimensão quantitativa do tempo. A outra remete à dimensão qualitativa, pois a maior ou menor rapidez da ação é o resultado de uma escolha (ligada à apreciação do grau de urgência) em uma ordem de prioridade.

Seguindo a lógica do *continuum*, pode-se considerar que a morte representa o grau nulo de urgência e, a menos que seja nessa condição e nos casos extremos de gravidade, o critério ‘risco de vida’ nem sempre é claro. Entre as duas extremidades do *continuum*, encontra-se um grande número de casos, mais ou menos de emergência, mais ou menos urgente, mais ou menos de rotina. Incorporando a dimensão do tempo, o *continuum* é dinâmico o que torna a caracterização ainda mais imprecisa: apesar de não apresentar risco de vida iminente, um caso é considerado como sendo urgente por um risco de complicações mais grave ou mesmo fatal. Então, a distinção se torna muito sutil e a urgência pode vir a se tornar uma emergência a qualquer momento. Da mesma maneira um caso de rotina pode se tornar urgente, pois a maioria necessita de um atendimento de urgência em serviço de menos complexidade.

Essa breve análise mostra o quanto a classificação biomédica das urgências, a partir de definições objetivas e/ou técnicas nos textos em que se encontram, é pouco satisfatória do ponto de vista da avaliação prática e para o entendimento claro das situações/casos que devem ser considerados como emergentes, urgentes e não urgentes. De modo geral, os médicos dispõem de elementos técnicos que lhes permitem apreciar os casos e considerar um estado ou uma situação de saúde como sendo de urgência, emergência ou de um caso de rotina. Porém essa avaliação é o resultado de uma combinação plurifatorial que extrapola o conhecimento médico técnico, com uma participação importante da subjetividade, particularmente quanto à apreciação de sua evolução. A subjetividade na avaliação faz com que o mesmo caso seja avaliado diferentemente pelos mesmos profissionais, mesmo que utilizem os mesmos critérios de avaliação (JACQUEMOT, 2005).

Isso foi mostrado na pesquisa de Foldes, Fisher e Kaminsky (1994) em que foram analisadas retrospectivamente e de maneira independente as fichas médicas de 219 pacientes atendidos nos pronto-socorros de dois hospitais urbanos americanos por dois avaliadores. Os resultados mostraram que houve numa variação importante na porcentagem dos casos considerados de emergência: um dos avaliadores considerou 90% dos casos como emergências certas e prováveis, enquanto o outro, somente 36%, ambos utilizando o mesmo instrumento de avaliação.

Martinez (1997, p. 1) salienta que:

Analisando a literatura médica, mesmo acadêmica, somos obrigados a constatar que na realidade essa área da medicina não possui ainda nosologia precisa [...] infelizmente [...] não há taxionomia precisa que dá as gravidades e as terapêuticas nem os seus derivados temporais.

Em vários artigos, pesquisadores mostram a ausência de um índice padrão para a determinação da gravidade dos problemas médicos de urgência e enfatizam a dificuldade encontrada para padronizar a interpretação dos critérios de avaliação das urgências médicas (FOLDES; FISCHER; KAMINSKY, 1994; WEINERMAN et al., 1966).

Segundo Peixoto Filho et al. (1991, p. 42)

Se criticarmos cada uma das metodologias empregadas sempre seremos consistentes, uma vez que nenhuma delas consegue ser desprovida de falhas.

Aquelas que utilizam dados objetivos (por exemplo, tempo de evolução, dados de exame físico, tipos de recursos diagnósticos ou terapêuticos utilizados) acabam por ignorar o papel importante que tem o estado subjetivo do paciente. Já as classificações que não contam com itens objetivos acabam por se perder no subjetivismo da avaliação e, eventualmente, superestimam o número de urgências e emergências.

A falta de uma definição clara do que é urgência e emergência, se traduz na diversidade de métodos, critérios e diferenças percentuais nos resultados das pesquisas de avaliação da ‘adequação’ dos atendimentos em serviços de urgência e emergência hospitalar.

Para esta tese, foi considerado o conceito de emergência como situação em que há risco iminente de vida e exige tratamento imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Com esta definição foram listados os diagnósticos do critério utilizado para a classificação de ‘adequação’ de acordo com a missão institucional da UE. Os demais foram considerados ‘não-adequados’ que poderiam ser atendidos em serviços de atenção básica ou ambulatórios de urgência 24 horas.

O capítulo seguinte traz os procedimentos metodológicos utilizados para realização da pesquisa e o alcance dos objetivos propostos.

PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS



3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Local do Estudo

3.1.1 O Estado de Alagoas

Alagoas é uma das 27 unidades federativas do Brasil e está situada a leste da região Nordeste. É o segundo menor estado do Brasil, ocupando uma área territorial de 27.767,661 km² e uma população de 3.085.109 habitantes distribuídos em 102 municípios, sendo os mais populosos, Maceió, capital do Estado, com 941.295 habitantes, Arapiraca (204.796 hab.), Palmeira dos Índios (69.970 hab.), Rio Largo (68.817 hab.), Penedo (61.031 hab.), União dos Palmares (59.637 hab.), Santana do Ipanema (46.077 hab.), Campo Alegre (44.652 hab.), Delmiro Gouveia (44.511 hab.) e Coruripe, com 44.193 habitantes (IBGE, 2007).

Localizado entre os dois maiores centros açucareiros do Nordeste - Pernambuco e Bahia – Alagoas desenvolveu e consolidou sua economia, baseada nos engenhos de açúcar e na criação de gado, em que predominava o trabalho escravo de negros e mestiços.

Alagoas revela todos os traços dessa herança colonial em sua economia e sociedade. No plano econômico, o reduzido setor industrial e a agricultura do Estado, ressentem-se da ausência de pólos dinâmicos e da falta de perspectiva de novos investimentos, associada a uma crise financeira e administrativa do Estado em que a despesa é maior que a receita (CARVALHO, 2008).

A economia se baseia na indústria (química, açúcar e álcool, cimento e alimentícia), agricultura, pecuária e extração de sal-gema, gás natural e petróleo. Alagoas é o maior produtor de cana-de-açúcar do Nordeste, responsável por 150 mil empregos diretos, exportando açúcar e álcool para a América do Norte, Europa e Ásia. Além da cana, as culturas agrícolas de importância econômica são algodão, fumo, mandioca, milho e coco-da-baía (PORTAL BRASIL, 2007).

O principal pólo industrial fica no bairro do Tabuleiro do Martins, na periferia de Maceió, a poucos quilômetros do Porto do Jaraguá. O turismo é uma atividade cada vez mais próspera para a economia de Alagoas e mobiliza as expectativas de crescimento econômico (PORTAL BRASIL, 2007).

No plano social, a estagnação é visível nos índices negativos de qualidade de vida da população alagoana, cujos indicadores de desenvolvimento humano são comparáveis às regiões mais subdesenvolvidas do planeta - Índices de Desenvolvimento Humano (IDH)¹³ e de esperança de vida ao nascer do Brasil, respectivamente, 0,649 e 66,4 anos. É o estado mais desigual do país com coeficiente de Gini¹⁴ de 0,69 e as piores taxas de mortalidade geral (7,6) e de mortalidade infantil - 51,9 por mil nascimentos. As desigualdades se traduzem nos indicadores sócio-econômicos onde 63,1% da sua população, vivem em estado de pobreza, com taxa de desemprego de 9,4% e de analfabetismo de 29,5% entre as pessoas acima de 15 anos de idade. Apenas 64,1% da população alagoana têm acesso à água e 30,5% à rede de esgoto (IBGE, 2007).

O Estado enfrenta dois graves problemas que são comuns à Região Nordeste: a polarização epidemiológica e as desigualdades na saúde. A primeira se traduz na coexistência, superposição e interação de doenças cardiovasculares, crônicas como diabetes e hipertensão arterial sistêmica, neoplasias e violência com a persistência, emergência e reintrodução das doenças infecciosas como tuberculose, esquistossomose, as de veiculação hídrica como a diarreia e a cólera, que se encontram intimamente relacionadas às desigualdades em saúde (MACEIÓ, 2005).

O processo de descentralização na saúde iniciou com a Norma Operacional Básica (NOAS 01/02) sendo Alagoas um dos primeiros estados a se habilitar na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE) – Portaria GM nº 774 de 17 de abril de 2002. A

¹³Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) combina três componentes básicos do desenvolvimento humano: a longevidade, que também reflete, entre outras coisas, as condições de saúde da população, medida pela esperança de vida ao nascer; a educação, medida por uma combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula nos níveis de ensino fundamental, médio e superior; a renda, medida pelo poder de compra da população, baseado no PIB per capita ajustado ao custo de vida local para torná-lo comparável entre países e regiões. O IDH varia entre 0 (pior) e 1 (melhor). Quanto mais próximo de 1 o valor deste indicador, maior será o nível de desenvolvimento humano do país ou região (IBGE, 2008).

¹⁴Índice de Gini - medida do grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima) (IBGE 2008).

municipalização da saúde foi iniciada em junho de 1998 com doze municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), ampliando para mais um em 1999, três em 2000 e um em 2006. Atualmente o Estado tem 17 municípios habilitados na condição de GPSM.

Quanto ao PSF, foram implantadas as primeiras equipes saúde da família em 1996 e ao final de 1998, 14,25% da população alagoana estava assistida pelo Programa. A partir daí foram sendo implantadas novas equipes aumentando a cobertura para 61,95%, em 2001, e 68% em 2004. Atualmente todos os municípios têm o PSF implantado sendo que 76 deles com cobertura populacional acima de 90%, 17 municípios com cobertura entre 50% e 89% e nove, entre 20% e 49% (BRASIL, 2006b).

Os municípios mais populosos apresentavam coberturas variadas pelo PSF em 2004: Maceió (24,21%), Arapiraca (74,39%), Palmeira dos Índios (92,60%), Rio Largo (89,32%), Penedo (100%), União dos Palmares (44,31%), Santana do Ipanema (66,68%), Campo Alegre (44,60%), Delmiro Gouveia (55,49%) e Coruripe com 100% de cobertura (BRASIL, 2006b).

Quanto à organização da assistência à saúde o desenho acompanha o modelo da regionalização, graduando os níveis de complexidade das ações e serviços de saúde entre regiões, macro regiões e micro regiões de saúde, considerando variáveis sócio-econômicas, geográficas, demográficas, sanitárias, epidemiológicas, de oferta de serviço e acesso viário. As cinco regiões de saúde são: Maceió, São Miguel dos Campos, Santana do Ipanema, Arapiraca e União dos Palmares (ALAGOAS, 2002).

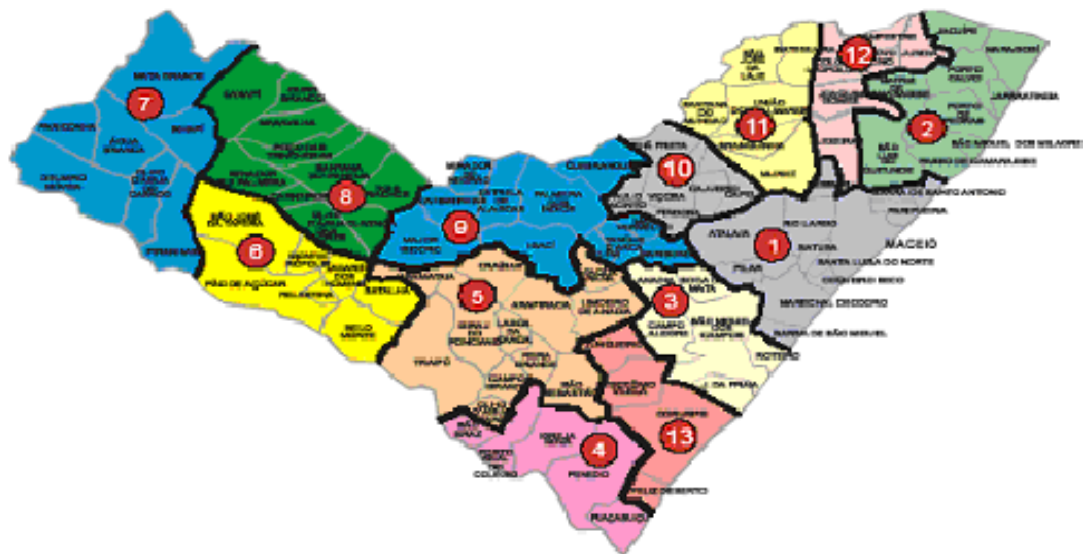


Mapa 1 - Estado de Alagoas. Municípios-sede das regiões de saúde.
Fonte: Alagoas (2002).

Essas regiões de saúde foram organizadas como referência às microrregiões quanto ao atendimento de média e/ou alta complexidade, sendo Maceió e Arapiraca consideradas macrorregiões. São 13 microrregiões de saúde:

- a) **Microrregião 01** - composta por 12 municípios: Maceió, Atalaia, Barra de Santo Antônio, Barra de São Miguel, Marechal Deodoro, Coqueiro Seco, Santa Luzia do Norte, Satuba, Pilar, Rio Largo, Messias e Paripueira.
- b) **Microrregião 02** – composta por 09 municípios: Porto Calvo, Passo de Camaragibe, São Miguel dos Milagres, Porto de Pedras, Japaratinga, Maragogi, Jacuípe, Matriz de Camaragibe, e São Luis do Quitunde;
- c) **Microrregião 03** – composta por 06 municípios: Anadia, Boca da Mata, Campo Alegre, São Miguel dos Campos, Roteiro e Jequiá da Praia;
- d) **Microrregião 04** – composta por 05 municípios: Penedo, Piaçabuçu, Porto Real do Colégio, São Braz e Igreja Nova;
- e) **Microrregião 05** – composta por 12 municípios: Arapiraca, Limoeiro de Anadia, Taquarana, São Sebastião, Craíbas, Girau do Ponciano, Campo Grande, Feira Grande, São Sebastião, Lagoa da Canoa, Traipú, Olho d’Água Grande;
- f) **Microrregião 06** – composta por 07 municípios: Pão de Açúcar, Batalha, Belo Monte, Palestina, Jacaré dos Homens, Monteirópolis, São José da Tapera;

- g) **Microrregião 07** – composta por 07 municípios: Delmiro Gouveia, Piranhas, Olho d'Água do Casado, Água Branca, Inhapi, Pariconha, Mata Grande;
- h) **Microrregião 08** – composta por 10 municípios: Santana do Ipanema, Dois Riachos, Olho d'Água das Flores, Carneiros, Olivença, Poço das Trincheiras, Senador Rui Palmeira, Maravilha, Ouro Branco e Canapi;
- i) **Microrregião 09** – composta por 11 municípios: Palmeira dos Índios, Quebrangulo, Mar Vermelho, Maribondo, Tanque d'Arca, Belém, Igaci, Major Isidoro, Estrela de Alagoas, Cacimbinhas e Minador do Negrão;
- j) **Microrregião 10** – composta por 06 municípios: Viçosa, Cajueiro, Capela, Pindoba, Paulo Jacinto e Chã Preta;
- k) **Microrregião 11** – composta por 06 municípios: União dos Palmares, Branquinha, Murici, Santana do Mundaú, São José da Laje e Ibateguara;
- l) **Microrregião 12** – composta por 06 municípios: Flexeiras, Joaquim Gomes, Colônia de Leopoldina, Campestre, Novo Lino e Jundiá;
- m) **Microrregião 13** – composta de 04 municípios: Coruripe, Feliz Deserto, Teotônio Vilela e Junqueiro.

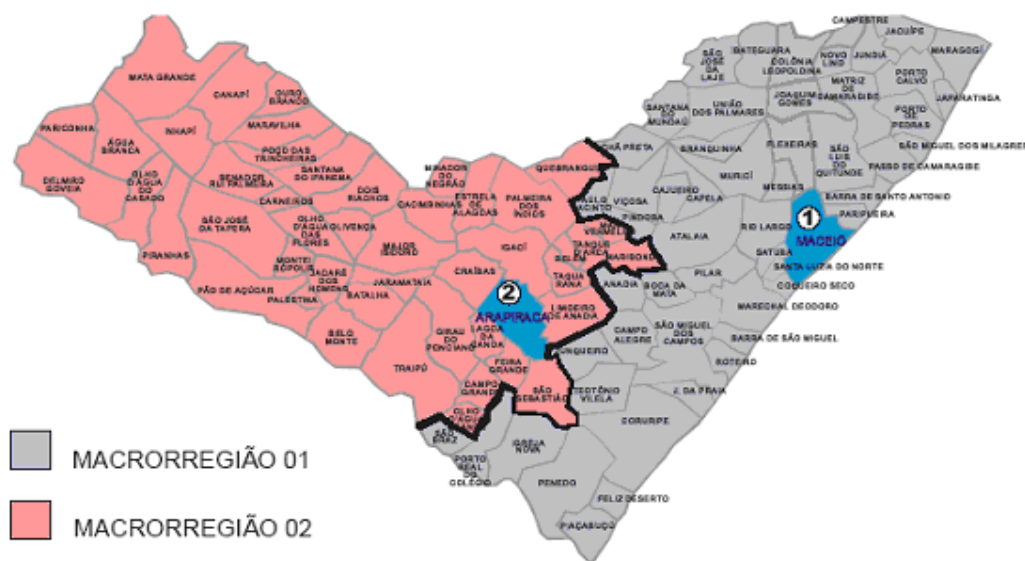


Mapa 2 - Estado de Alagoas. Microrregiões de Saúde.
Fonte: Alagoas (2002).

As ações e serviços de saúde de média complexidade são classificados em três níveis. O primeiro nível de referência intermunicipal compreende serviços de patologia clínica, radiologia simples, ultra-sonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia

básica, ações odontológicas e leitos hospitalares para atendimento do parto normal e primeiro atendimento em clínica médica e pediátrica. Essas ações e serviços deveriam ser realizados no próprio município ou, por meio de referência, em outro município de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) ampliada (ALAGOAS, 2002).

O segundo nível de referência intermunicipal compreende as cinco regiões como instância de garantia da média complexidade para a população dos municípios que compõem as microrregiões de cada região de saúde. O terceiro nível de referência intermunicipal compreende os municípios de Maceió e Arapiraca tanto ambulatorial como hospitalar, bem como o da alta complexidade, não contemplada nas regionais, ou que mesmo existindo nas regionais não são suficientes para atender às necessidades da população de abrangência (ALAGOAS, 2002).



Mapa 3 - Estado de Alagoas. Macrorregiões de Saúde.
Fonte: Alagoas (2002)

Quanto à rede de serviços que presta assistência aos casos de urgência e emergência no Estado, todos os municípios quer sejam habilitados na condição de GPAB ou na GPSM realizam atendimentos de urgência de menor ou maior complexidade:

Para o atendimento de média e alta complexidade tipo III: Maceió - Unidade de Emergência Doutor Armando Lages, e Arapiraca - Unidade de Emergência do Agreste. Para o atendimento de média complexidade há hospitais gerais nos municípios de Porto Calvo, São

Miguel dos Campos, Penedo, Pão de Açúcar, Delmiro Gouveia, Santana do Ipanema, Palmeira dos Índios, Viçosa, União dos Palmares, Joaquim Gomes e Coruripe (ALAGOAS, 2002).

3.1.2 Maceió

O município de Maceió, local de realização desta pesquisa, representa a maior demanda de atendimentos na Unidade de Emergência. Tem uma população de 896.965 habitantes (IBGE, 2007) e um território de, aproximadamente, 511 km². Integra, com outros dez municípios, a região metropolitana de Maceió, somando um total de 1,14 milhão de habitantes (est. 2005). No período de 2000 a 2006, verifica-se uma estimativa de crescimento populacional médio anual de 2%, excetuando-se do ano de 2004 para 2005, quando se registrou um crescimento de 4,31% (MACEIÓ, 2006). Da população geral, 52,8% é representada por mulheres, das quais 56,9% estão em idade fértil, na faixa etária de 15 a 49 anos. A população infantil, por sua vez, na faixa etária entre zero a nove anos de idade, corresponde a 20,0%, e na faixa etária entre 10 a 19 anos, 20,9%, e os idosos (mais de 60 anos) abrangem o equivalente a 6,46% da população total.

Na área da saúde, sob gerência municipal, há 49 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 07 unidades intermediárias, 08 unidades especializadas, das quais uma é referência para todo o estado (PAM Salgadinho), e 01 Casa Maternal (Denilma Bulhões). A rede complementar (ambulatorial e hospitalar) conta em seu cadastro com 104 unidades de saúde (MACEIÓ, 2006).

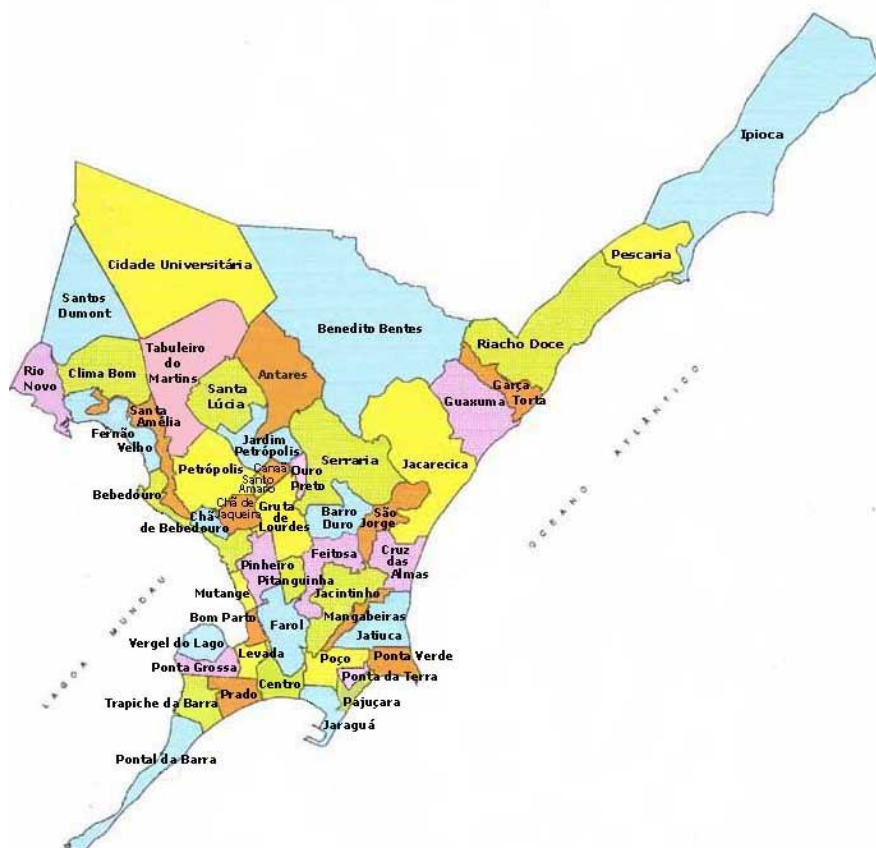
Em Maceió há uma Central de Regulação com ordenamento de consultas em ambulatorios especializados para todo o Estado. Iniciou em 2007 com 10 especialidades, ampliando em 2008 para 17 especialidades clínicas e cirúrgicas (MACEIÓ, 2006).

O município apresenta baixa cobertura populacional pelo PSF (26,9%) sendo a segunda menor cobertura do Estado. Esta cobertura é proporcionada por 72 equipes, distribuídas em 34 Unidades de Saúde da Família (USF), que prestam assistência a 56.319 famílias, o que representa 242.433 pessoas assistidas pelo PSF. O aumento da cobertura

populacional tem sido lento ao longo dos anos. As primeiras equipes foram implantadas em 1998, alcançando ao final do ano cobertura populacional de 11,3%; em 2001, a cobertura aumenta para 21,8% e, em 2004, para 24,2% (BRASIL, 2006b).

Quanto aos indicadores de saúde, Maceió apresenta taxa de natalidade de 16,8/1000 habitantes, coeficiente de mortalidade geral de 5,8/1000 habitantes e mortalidade infantil de 18,8/1000 nascidos vivos. Mais da metade (60,5%) da sua população é jovem na faixa etária de 0 a 29 anos de idade e a expectativa de vida é de 70 anos (MACEIÓ, 2005).

Maceió possui 51 bairros - a maioria concentrando a população de baixa renda - organizados de forma administrativa e sanitária em sete Distritos Sanitários, sendo o VII Distrito o mais populoso seguido pelos V, I e II, com população, na maior parte, de baixa renda. Dois bairros da capital abrigam pouco menos da metade da população, são eles: Benedito Bentes (VI Distrito) e Jacintinho (V Distrito), ambos com 200 mil habitantes cada.



Mapa 4 – Cidade de Maceió, Alagoas.

- **I Distrito Sanitário:** Cruz das Almas, Garça Torta, Guaxuma, Ipioca, Jacarecica, Jaraguá, Jatiúca, Mangabeiras, Pajuçara, Pescaria, Poço, Ponta da Terra, Ponta Verde e Riacho Doce. A população residente em alguns bairros é assistida pelo PSF em 06 USF: Ipioca (02 ESF), Pescaria (01 ESF), Riacho Doce (02 ESF), Guaxuma (01 ESF), Cruz das Almas (03 ESF que prestam assistência à população da Gruta do Arroz) e Poço (02 ESF que prestam assistência aos residentes no Reginaldo). Além dessas USF, o I Distrito possui 01 Centro de Saúde localizado no bairro de Ponta da Terra.

- **II Distrito Sanitário:** Centro, Levada, Ponta Grossa, Pontal da Barra, Prado, Trapiche da Barra e Vergel do Lago. Alguns bairros têm USF implantadas como: Levada (02 ESF), Trapiche da Barra (03 USF com 02 ESF em cada unidade) e Pontal da Barra (01 ESF). A população do Distrito é assistida ainda por 01 Unidade Básica de Saúde, 01 Policlínica, 01 Centro de Saúde/Unidade Básica, 01 Centro de Especialidades Odontológicas, 01 Módulo Odontológico, 01 Ambulatório de Urgência 24 horas localizado no bairro da Levada para o atendimento de casos de urgência de baixa e média complexidade e a Unidade de Emergência Doutor Armando Lages (UE), local desta pesquisa, para o atendimento da média e alta complexidade. Na orla lagunar, existem quatro favelas (Sururu de Capote, Mundaú, Torre e Muvuca) com cerca de 1.600 famílias que representa cerca de 8.000 pessoas sem registro domiciliar, por se tratar de invasão de área, e sem direito à educação (matrícula nas escolas públicas) e à saúde (atendimento), dentre outros.

- **III Distrito Sanitário:** Canaã, Farol, Gruta de Lourdes, Jardim Petrópolis, Ouro Preto, Pinheiro, Pitanguinha e Santo Amaro. Há ESF implantadas nos bairros de: Canaã (03 ESF), Farol (01 ESF, que presta assistência à comunidade do Bolão), Ouro Preto (02 ESF), Pinheiro (03 ESF) e Pitanguinha (02 ESF). Além disso, o III Distrito tem 01 Centro de Saúde localizado no bairro da Pitanguinha.

- **IV Distrito Sanitário:** Bebedouro, Bom Parto, Chã da Jaqueira, Chã de Bebedouro, Fernão Velho, Mutange, Santa Amélia, Petrópolis e Rio Novo. A população deste Distrito é assistida pelo PSF nos bairros de: Fernão Velho (02 USF com 01 ESF em cada), Petrópolis (02 ESF) e Rio Novo (03 ESF). O IV

Distrito dispõe ainda de 02 Unidades Básicas de Saúde, 01 Policlínica, 01 Centro de Atenção Psico-social (CAPS) e 01 Ambulatório de urgência 24 horas, localizado no bairro de Chã da Jaqueira.

- **V Distrito Sanitário:** Barro Duro, Feitosa, Jacintinho, São Jorge e Serraria. Há USF localizadas nos bairros de Barro Duro (02 ESF), Feitosa (01 ESF), Jacintinho (02 ESF) e São Jorge (02 ESF). O Distrito conta também com 02 Unidades Básicas de Saúde, 03 Centros de Saúde, 02 CAPS, 01 Ambulatório de Especialidades e 01 Ambulatório de urgência 24 horas, localizado no bairro do Jacintinho.
- **VI Distrito Sanitário:** Antares e Benedito Bentes. A população dos dois bairros é assistida por 05 USF no bairro de Benedito Bentes (10 ESF). No Distrito existe ainda 02 Unidades Básicas de Saúde, 01 Centro de Saúde e 01 Ambulatório de Urgência 24 horas.
- **VII Distrito Sanitário:** Cidade Universitária, Clima Bom, Santa Lúcia, Santos Dumont e Tabuleiro do Martins. No Distrito há USF nos bairros de Cidade Universitária (05 USF com 10 ESF), Clima Bom (02 ESF) e Santa Lúcia (02 USF com 05 ESF). O Distrito conta ainda com 03 Centros de Saúde, 01 Unidade Básica de Saúde e 01 Ambulatório de Urgência 24 horas, localizado no bairro do Tabuleiro do Martins.

3.1.3 Assistência de Urgência e Emergência

A rede de urgência e emergência, na totalidade, está sob gestão estadual de acordo com Termo de Compromisso entre Entes Públicos, firmado entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde. A rede é formada por 05 Ambulatórios de Urgência 24 horas, localizadas no II, IV, V, VI e VII Distritos e a Unidade de Emergência Doutor Armando Lages (II Distrito). O município conta também com o Serviço de atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - articulado ao Corpo de Bombeiros de Alagoas.

A Unidade de Emergência Doutor Armando Lages (UE) é hospital geral público, nível de complexidade tipo III, e referência em assistência a queimados e atendimento de emergência e traumas para todo o Estado de Alagoas, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Está localizado à Avenida Jorge de Lima, nº 2095 no bairro do Trapiche da Barra, em Maceió, Alagoas e sua missão é “prestar assistência médico-hospitalar de urgência e emergência à população, de forma eficaz, através de equipe multiprofissional” (Anexo B).

A média de atendimento mensal é de 13.000 usuários, o que corresponde a 430 atendimentos por dia, que procuram o serviço por demanda espontânea, referenciados de ambulatórios de urgência 24 horas ou trazidos pelo SAMU ou Corpo de Bombeiros. Conta com 149 leitos distribuídos nas clínicas de cirurgia, clínica médica e pediatria, sempre com excesso de demanda, mantendo taxa de ocupação em torno de 120%. Segundo dados da UE, apenas 12% de todos os atendimentos são emergenciais, cerca de 8% são internados na UE e 1,3% são transferidos para outras instituições (ALAGOAS, 2003).

De modo geral os usuários são atendidos no setor de Triagem de Clínica Médica para avaliação do caso e encaminhamento aos setores competentes para o atendimento. O registro dos atendimentos é feito em Ficha de Atendimento Ambulatorial (FAA) e caso o usuário for internado na UE é aberto um prontuário médico.

De acordo com dados fornecidos pela Unidade foram atendidos nos anos de 1998, 2001 e 2004, 463.964 usuários, sendo internados 38.531 e transferidos 7.464, conforme mostrado no Quadro 2.

Ano	Nº de atendimentos	Internados		Transferidos	
		n	%	n	%
1998	144.982	11.878	8,19	2.260	1,56
2001	159.189	13.788	8,66	3.062	1,92
2004	159.793	12.865	8,05	2.142	1,34
Total	463.964	38.531	8,30	7.464	1,60

Quadro 1 - Atendimentos UE. 1998, 2001 e 2004.

3.2 Tipo do estudo

Trata-se de uma pesquisa documental em que foi utilizado um estudo com desenho observacional-transversal com base nas definições de tipos de estudo de Rouquayrol e Almeida Filho, (2003, p. 157):

A temporalidade do desenho do estudo, para o que nos interessa na investigação epidemiológica, pode ser desdobrada em duas categorias: (i) instantânea e (ii) serial. O caráter instantâneo de um estudo se define quando a produção do dado é realizada em um único momento (singular) no tempo, como se fora um corte transversal do processo de observação. Uma metáfora espacial do tempo justificaria o uso do termo “transversal” (ou seccional) para essa modalidade de desenho. [...] Tanto os estudos agregados como os estudos individuados podem ser observacionais ou de intervenção, a depender da estratégia de atuação do investigador (ou de sua equipe). Os desenhos observacionais podem ser transversais ou longitudinais, de acordo com a temporalidade do processo de produção de dados.

3.3 Universo e amostra

A população estudada foi composta dos usuários que foram atendidos na Unidade de Emergência de 01 de janeiro a 31 de dezembro dos anos de 1998, 2001 e 2004. A escolha do ano de 1998 considerou o início do processo de municipalização no Estado de Alagoas. Para análise das possíveis mudanças no perfil de morbidade foi adotado critério de observação trienal, sendo utilizados os anos de 2001 e 2004.

O número amostral foi estabelecido a partir dos resultados do projeto piloto com 3.000 registros, colhidos e analisados em 2006, referentes aos atendimentos nos anos de 1998 e 2004. Foram escolhidos os seis grupos de causas (capítulos) da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) cujos quantitativos foram maiores do que 100 casos em pelo menos um dos anos estudados. O grupo com menor proporção de casos (6,53%) ocorreu no capítulo IX - Doenças do Aparelho Circulatorio e a diferença entre os dois anos (1998 - 8,73% e 2004 - 6,53%) foi de 2,2%. Com esse resultado, foi possível calcular um tamanho mínimo da amostra em 2.368 registros (por meio do programa Epidat 3.1 da OMS) em cada ano do estudo, totalizando 7.104 registros nos três anos analisados.

Considerando que o arquivamento dos registros (fichas ambulatoriais e prontuários) é distinto no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico da UE (SAME/UE), o quantitativo de fichas ambulatoriais (FA) e prontuários (P) foi calculado com base no percentual de internação. Como em 1998 o percentual de internação na UE foi de 8,1%, foram analisados 2.174 FA e 194 P; em 2001 (8,6%), foram analisados 2.163 FA e 205 P; e em 2004 (8,0%), foram analisados 2.177 FA e 191 P.

A seleção dos registros se deu de forma sistemática. A partir do total de atendimentos realizados em cada ano na UE se dividiu pelo número amostral e se encontrou o intervalo da seleção: em 1998, um a cada 61 registros ($144.982 \text{ atendimentos} / 2.368 = 61$); em 2001 e 2004, um a cada 67 registros ($159.189 \text{ atendimentos} / 2.368 = 67$; $159.793 \text{ atendimentos} / 2.368 = 67$). Foram sorteadas, entre os números 1 e 61 e entre 1 e 67, as fichas para início da coleta dos dados: em 1998 iniciou-se a coleta dos dados pela ficha número 5, sendo a seguinte a de número 66 e assim por diante; em 2001 iniciou-se pela ficha número 25, a seguinte de número 92 e assim por diante; e em 2004 iniciou-se pela ficha número 43, a seguinte de número 110 e assim por diante.

3.4 Critérios

3.4.1 De Inclusão

Foram admitidos no estudo os registros que atendem as condições de:

- a) Residentes no estado de Alagoas;
- b) Usuários de todas as idades, de ambos os sexos;
- c) Atendido na UE nos anos de 1998, 2001 e 2004.

3.4.2 De Exclusão

Foram excluídos os registros com:

- a) Letra ilegível;
- b) Sem preenchimento dos campos selecionados;
- c) Vítimas que chegaram sem vida à unidade por não constar, no registro, o diagnóstico.

Os documentos excluídos foram substituídos pelo seguinte à numeração.

3.5 Variáveis

a) Variável Dependente:

Adequação

Para estudar a adequação dos diagnósticos, utilizou-se a classificação desenvolvida e testada por Furtado, Araújo Júnior e Cavalcanti (2004) no Hospital da Restauração, em Recife, Pernambuco.

Foram considerados diagnósticos “adequados” os contidos no critério de adequação, ou seja, aqueles que foram considerados adequados para serem atendidos em serviço de emergência hospitalar, nível 3, considerando a missão institucional. Esse critério foi adotado neste estudo por se tratar de instituições semelhantes quanto ao nível de complexidade (alta e média complexidade, nível 3) capacidade tecnológica, missão e mesma região geográfica. Foram considerados diagnósticos “não-adequados” aqueles que não estão contidos no critério de adequação.

Todas as incidências foram transformadas para que todos os valores fossem contemplados. O valor transformado normaliza a distribuição e torna as análises estatísticas mais adequadas.

Incidência de atendimento = Raiz (100.000 x nº atendimentos + 1) / População.

- Incidência adequação = Raiz (100.000 x nº atendimentos adequados + 1) / População.
- Incidência Inadequação = Raiz (100.000 x nº atendimentos inadequados + 1) / População.

- Razão = $\frac{\text{Incidência Adequação}}{\text{Incidência Inadequação}}$

b) Variáveis Independentes:

Período de atendimento: madrugada (00h00 às 5h59), manhã (06h00 às 11h59), tarde (12h00 às 17h59) e noite (18h00 às 23h59).

Setor de atendimento: cirurgia, cirurgia maxilo-facial, clínica médica, pediatria, queimados, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia e oftalmologia. Para análise estatística os setores foram agrupados em clínicas cirúrgicas (cirurgia e cirurgia maxilo-facial) e clínicas não-cirúrgicas (clínica médica, pediatria, queimados, ortopedia/traumatologia, otorrinolaringologia e oftalmologia).

Faixa etária – definida como anos completos no dia do atendimento: <1 ano; 1 a 4 anos; 5 a 9 anos; 10 a 18 anos; 19 a 29 anos; 30 a 39 anos; 40 a 49 anos; 50 a 59 anos, 60 anos ou mais.

Sexo: masculino e feminino.

Tipo da assistência: ambulatorial ou internação.

Procedência: município de residência. Para os residentes em Maceió, endereço e bairro. Para análise estatística os municípios foram agrupados em microrregiões de saúde (13) e os bairros de Maceió em Distritos Sanitários (7). Os endereços foram corrigidos pela tabela de logradouros, parte do manual para endereçamento do SUS da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (SMS).

Distância: distância do município à UE e distância do centro do bairro à UE.

Diagnóstico Principal: definido como o diagnóstico registrado no campo “diagnóstico provável” das Fichas de Atendimento Ambulatorial e Prontuários médicos. Se no registro havia dois ou mais diagnósticos, foi considerado o primeiro registrado, à exceção se um dos diagnósticos estivesse no critério de ‘adequação’ como adequado. Para a

construção do perfil de morbidade, os diagnósticos foram codificados e classificados segundo a lista tabular de inclusões e subcategorias de quatro caracteres da Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID 10).

Municipalização: definido como o processo em que o município assume a gestão municipal do SUS, controlando, contratando, avaliando e executando os serviços de saúde. Os dados foram obtidos de documentos da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU-AL). Foram utilizadas neste estudo as denominações de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) considerando a nomenclatura das condições de habilitação dos municípios à época do estudo.

Programa de Saúde da Família: definida como a estratégia para reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância em saúde. A partir do endereço e do bairro, as áreas foram classificadas em: áreas cobertas e áreas não cobertas pelo PSF. Os dados sobre localização das áreas cobertas pelo Programa foram obtidos de documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió.

3.6 Coleta de dados

Os dados foram colhidos diretamente dos registros de atendimento (fichas ambulatoriais e prontuários) dos pacientes, arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico da UE utilizando planilha do programa Excel 2003 com os seguintes campos: número do documento, data, hora e setor do atendimento; idade; sexo; tipo do atendimento; diagnóstico; município (com endereço e bairro, se residente em Maceió). Todos os dados foram colhidos pela autora do estudo.

3.7 Processamento dos dados

Os dados consolidados nas planilhas Excel foram analisados por meio do Epi Info 2007, Windows, versão 3.4.3. Foram utilizados, para análise estatística, o Teste de qui-

quadrado, Análise de Variância (ANOVA) e Análise de Risco com nível de confiança de 95%.

3.8 Limitações do método

Por se tratar de um estudo com dados secundários, existe o problema relativo à veracidade e qualidade das informações colhidas nos prontuários, tanto pela legibilidade quanto pela forma pouco descrita dos dados anotados, acarretando riscos para a compilação, análise e conclusão do estudo.

3.9 Considerações Éticas

O estudo não trabalhou com a identificação dos pacientes, mesmo se tendo acesso a esses dados. Para o início da coleta dos dados solicitamos autorização da direção da Unidade de Emergência Doutor Armando Lages para o acesso as fichas de atendimento ambulatorial e prontuários do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico, ficando acordado que os dados seriam utilizados unicamente para pesquisa de cunho científico, não sendo permitido sua utilização para outros fins. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, em 28 de fevereiro de 2005, protocolo nº 283.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 7.104 registros analisados, 7.079 (99,6%) são de usuários residentes no Estado de Alagoas, dos quais 5.775 atendimentos (81,6%) foram de usuários residentes em Maceió. Foram excluídos do total da amostra 25 registros referentes a usuários de outros Estados do país.

4.1 Quanto ao perfil da demanda

4.1.1 Quanto ao sexo

O perfil da demanda da UE, na amostra analisada, mostrou que o maior percentual dos atendimentos foi constituído de usuários do sexo masculino (54,5%), semelhante a predominância encontrada em outras pesquisas de demanda a SUH (SALLA et al., 1989; FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR; CAVALCANTI, 2004) o que poderia ser entendido, entre outras causas, pela maior ocorrência de traumas e acidentes (causas externas) que são mais frequentes no sexo masculino (DESLANDES; SILVA, 2000). Outro fator apontado que poderia contribuir para o maior número de atendimento de homens a UE seria o horário reduzido de jornada dos serviços ambulatoriais, que dificultam o acesso àqueles que trabalham e para os quais os serviços de urgência seriam locais de atendimento as suas necessidades de saúde (BRAZ, 2005).

Apesar do maior percentual da demanda corresponder a usuários do sexo masculino, o maior percentual de ‘não-adequação’ ocorreu nos usuários do sexo feminino (87,7%) conforme mostrado na Tabela 1. A análise estatística mostrou que houve diferenças significativas entre o total de casos atendidos por sexo e por ano em relação à ‘adequação’ ($p=0.000$).

Tabela 1 - Distribuição dos atendimentos, segundo sexo e 'adequação'. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Sexo	Total	Adequados		Não-adequados	
		n	%	n	%
Masculino	3858	764	19,8	3094	80,2
Feminino	3221	372	11,5	2849	88,5
Total	7079	1136	16,0	5943	84,0

$\chi^2=88.15$; $p=0.000$

Esse maior percentual de 'não-adequação' entre usuários do sexo feminino também foi encontrado por Vera, Werner e Massri (2004) no Chile, por Hinojosa et al. (2001) e Oterino et al. (1999) na Espanha e por Ayanian, Epstein (1991) na Inglaterra. É possível que tal fato esteja relacionado a fatores biológicos sociais e comportamentais, traduzidos no fato de as mulheres apresentarem indicadores de morbidade mais elevados (AQUINO; MENEZES; AMOEDO, 1992).

Em relação aos fatores biológicos, o maior risco feminino para a maioria das doenças agudas, provavelmente, está relacionado, em primeiro lugar, às especificidades do trabalho que as mulheres exercem no cuidado da casa e dos filhos. Suas atividades habituais envolvem o contato mais estreito com crianças, que são especialmente sujeitas às infecções; o uso habitual de produtos químicos do lar, ocasionando alergias e lesões dermatológicas; e a adoção de posturas corporais incômodas, levando a problemas músculo-esqueléticos.

Somam-se a isso a dupla jornada de trabalho, que implica o acúmulo de tarefas, com maior estresse físico e mental, além dos riscos ocupacionais conseqüentes à dupla inserção, as diferenças *naturais* relacionadas à gestação, ao parto, ao puerpério e a outros problemas gineco-obstétricos. Entretanto, em grande parte, essas diferenças são resultantes do intenso processo de medicalização dos ciclos vitais femininos, em especial no nosso país onde são alarmantes os índices de partos cesáreos e de esterilização de mulheres ainda jovens. Além disso, diferenças de gênero entre homens e mulheres na construção da experiência de adoecimento - tanto na percepção, quanto no relato diferenciado entre os sexos - também contribuiriam para a existência desses diferenciais de morbidade e de utilização de serviços de saúde. Enquanto a demanda masculina por serviços ambulatoriais é descrita, em sua maior parte, como gerada pelo trabalho ou pelo seguro social, a demanda feminina apresenta-se como essencialmente voluntária, revelando uma maior propensão das mulheres a buscarem cuidados de saúde de modo espontâneo (AQUINO; MENEZES; AMOEDO, 1992).

Quanto aos fatores sociais e comportamentais, o senso comum considera o masculino como o 'sexo forte' e meninos e meninas são criados de modo diverso. Os meninos são orientados para serem protetores e provedores e treinados para suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000). A violência masculina é estimulada pela educação, em que o menino deve revidar, se apanhar. Veicula-se, deste modo, uma imagem identitária masculina: ser forte, capaz e protetor, violento, decidido e corajoso. Manter tal ideal é um grande fator de risco para os homens e isto pode ser visto na dificuldade, em parte, em procurar ajuda ou cuidados médicos, enfim, em ser assistido, já que foram criados para assistir e prover (BRAZ, 2005; THE GLOBAL FUND FOR CHILDREN, 2002).

4.1.2 Quanto a Idade

Com relação à faixa etária, o maior percentual de atendimentos ocorreu no grupo compreendido entre 19 e 29 anos (21,6%), seguido pelo grupo entre 30 e 39 anos (16,5%) que, somados, correspondem a pouco mais de um terço do total de atendimentos (38,1%). Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores em serviços de urgência e emergência hospitalar (DESLANDES; SILVA, 2000; FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR; CAVALCANTI, 2004; HORITA et al., 1996; SALLA et al., 1989; YAMADA et al., 2002).

A predominância de atendimentos nas faixas etárias mais jovens, especialmente de 19 a 39 anos, está correlacionada com o maior percentual de atendimentos de homens, em que os coeficientes de mortalidade por acidentes, homicídios e agressões são mais altos (GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004).

Na distribuição em cada ano da pesquisa, observa-se que o número de atendimentos de usuários nas faixas etárias mais jovens (menores de 39 anos) mostra tendência a diminuir nos anos de 2001 e 2004, ao comparar com o ano de 1998, enquanto que na faixa etária acima de 40 anos, mostra tendência a aumentar nos anos seguintes (Tabela 2). Tal fato, pode estar relacionado ao efeito combinado do aumento da expectativa de vida e da redução da fecundidade feminina da população em todo o país, o que se traduz, numa

mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população, com progressiva diminuição da proporção de crianças e jovens e elevação do número de adultos, especialmente idosos.

Tabela 2 - Distribuição dos atendimentos, segundo faixa etária. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Idade/Ano	1998		2001		2004		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 1 ano	57	38,5	50	33,8	41	27,7	148	2,1
1 a 4 anos	227	36,5	205	33,0	190	30,5	622	8,8
5 a 9 anos	141	31,3	163	36,2	146	32,4	450	6,4
10 a 18 anos	319	34,3	304	32,7	306	32,9	929	13,1
19 a 29 anos	558	36,4	485	31,7	488	31,9	1531	21,6
30 a 39 anos	386	33,0	375	32,1	409	35,0	1170	16,5
40 a 49 anos	250	30,2	288	34,8	289	34,9	827	11,7
50 a 59 anos	173	31,3	191	34,5	189	34,2	553	7,8
60 anos ou mais	251	29,6	293	34,5	305	35,9	849	12,0
Total	2362	33,4	2354	33,3	2363	33,4	7079	100,0

O maior percentual de casos ‘não-adequados’ ocorreu na faixa etária entre 30 e 39 anos (86,2%), conforme mostrado na Tabela 3. Nesta faixa etária, foram mais frequentes os acidentes, agressões e traumas menos graves. O segundo maior percentual de ‘não-adequação’ ocorreu na faixa etária entre 50 e 59 anos (86,1%), com participação importante de casos de hipertensão arterial sistêmica e doença pulmonar obstrutiva crônica. Em ambas as faixas etárias, os agravos predominantes foram considerados ‘não-adequados’ para o atendimento na UE. Por se tratarem de procedimentos de baixa e média complexidade, grande parte desses agravos poderia ser resolvida em serviços de menor complexidade, como ambulatórios de urgência 24 horas.

A análise estatística mostrou que as diferenças entre o total de casos por faixa etária em relação à ‘adequação’ dos diagnósticos foram estatisticamente significativas ($p=0.017$). A análise de variância mostrou que a média de idade para os casos ‘adequados’ foi de 31.07 anos e para os casos ‘inadequados’ de 31.22 anos, cujas diferenças não foram estatisticamente significativas ($p=0,816$), no geral e em cada ano da pesquisa. Ou seja, a idade não é diferente nos atendimentos ‘adequados’ e ‘não-adequados’.

Tabela 3 - Distribuição dos atendimentos, segundo faixa etária e 'adequação'. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Faixa etária	Adequados		Não-adequados		Total
	n	%	n	%	
< 1 ano	24	16,2	124	83,8	148
1 a 4 anos	124	19,9	498	80,1	622
5 a 9 anos	76	16,9	374	83,1	450
10 a 18 anos	135	14,5	794	85,5	929
19 a 29 anos	255	16,7	1276	83,3	1531
30 a 39 anos	162	13,8	1008	86,2	1170
40 a 49 anos	128	15,5	699	84,5	827
50 a 59 anos	77	13,9	476	86,1	553
60 anos ou mais	155	18,3	694	81,7	849
Total	1136	16,0	5943	84,0	7079

$\chi^2=18.55$; $p= 0.017$.

4.1.3 Quanto ao setor de atendimento

O setor que apresentou maior aporte de atendimentos foi clínica médica (52,2%) seguido pelo setor de ortopedia/traumatologia (22,6%), pediatria (13,1%), cirurgia (7,7%), queimados (1,5%), oftalmologia (1,4%), odontologia (1,2%) e otorrinolaringologia (0,3%). Resultados semelhantes foram encontrados por Yamada et al. (2002) em Itaquaquetuba/SP.

O setor da clínica médica, além de apresentar o maior volume, também foi o que apresentou maior percentual de 'não-adequação' (89,5%), seguido pelo setor de pediatria (86,5%), conforme mostrado na Tabela 4. Nestas duas áreas, dor, doença pulmonar obstrutiva crônica, asma, distúrbio neuro-vegetativo, gastrite, gastroenterite, IVAS, pneumonia, virose e hipertensão arterial sistêmica (entre os mais frequentes), representaram 28,4% da demanda, percentual esse maior do que os agravos relacionados aos traumas (26,6%). Outros setores que apresentaram percentuais altos de 'não-adequação' é o de Odontologia, com participação significativa de casos diagnosticados como abscesso dentário, alveolorrugas e odontalgia; Otorrinolaringologia (amigdalites, otites) e Ortopedia/Traumatologia (fraturas, luxações, entorse, distensão, etc). Esse resultado sinaliza, mais uma vez, para o conjunto de problemas agudos, porém 'simples' que constituem a maior parte da demanda a serviços de

urgência/emergência hospitalar e que poderiam ser resolvidos em unidades ambulatoriais ou em ambulatórios de urgência 24 horas.

Tabela 4 Distribuição dos atendimentos, segundo setor do atendimento e 'adequação'. UE. Alagoas. 1998 - 2004.

Setor	Adequados		Não-adequados		Total
	n	%	n	%	
Cirurgia maxilo-facial	10	38,5	16	61,5	26
Clinica Cirúrgica	139	26,8	3798	73,2	518
Clinica Médica	389	10,5	3306	89,5	3695
Odontologia	12	13,6	76	86,4	88
Oftalmologia	69	71,1	28	28,9	97
Ortopedia/Traumatologia	285	17,8	1319	82,2	1604
Otorrinolaringologia	3	15,0	17	85,0	20
Pediatria	125	13,5	801	86,5	926
Queimados	105	100,0	-	-	105
Total	1137	16,0	5942	84,0	7079

Agrupando os setores entre cirúrgicos e não-cirúrgicos (Tabela 5) observa-se que o conjunto de atendimentos cirúrgicos teve um percentual menor de 'não-adequação' do que o conjunto de atendimentos não-cirúrgicos e que as diferença entre o total de casos por grupo de setores em relação à 'adequação' foram estatisticamente significativas ($p=0.000$).

Tabela 5 - Distribuição dos atendimentos, segundo setor cirúrgico/não-cirúrgico e 'adequação'. UE. Alagoas. 1998 - 2004.

Setor	Total	Adequados		Não-adequados	
		n	%	n	%
Cirúrgico	544	149	27,4	395	72,6
Não-cirúrgico	6535	987	15,1	5548	84,9
Total	7079	1136	16,0	5943	84,0

$\chi^2=56.27$; $p=0.000$

Resultados semelhantes foram encontrados por Hinojosa et al. (2001) na Espanha, onde os casos mais 'adequados' foram aqueles do setor cirúrgico em relação aos atendimentos realizados pelo setor não-cirúrgico.

4.1.4 Quanto ao horário de atendimento

O maior volume de atendimentos ocorreu no período da tarde (33,4%), seguido pelo período da noite (29,1%), manhã (29,0%) e madrugada (8,5%). Chama a atenção o fato de que o período com maior volume de atendimento corresponder ao horário em que as unidades de saúde da rede estão em pleno horário de atendimento que, a priori, deveriam absorver grande parte da demanda dos casos considerados 'não-adequados'. Esse resultado sugere a existência de dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, no sentido mais amplo do conceito que implica, além do atendimento em si, a resolubilidade dos seus problemas de saúde.

Este resultado também foi observado em outras regiões, cujas pesquisas mostraram a predominância de atendimentos em SUH no período diurno (FAJARDO-ORTIZ; RODRÍGUEZ-FERNÁNDEZ, 2000; FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR; CAVALCANTI, 2004; OTERINO et al., 1999; YAMADA et al., 2002).

Apesar do maior volume de atendimentos ter ocorrido no período da tarde, o período da manhã foi o que apresentou maior percentual de 'não-adequação' (87,4%), seguido pelo período da noite (83,4%), madrugada (82,5%) e tarde (81,8%), conforme mostrado na Tabela 6. A ocorrência de maior 'não-adequação' dos atendimentos ter ocorrido em horário de atendimento da grande maioria das unidades de saúde, reforça a idéia de que uma das razões para as pessoas procurarem os SUH seria por dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A análise estatística mostrou que houve diferença estatisticamente significativa entre o total de casos atendidos por período de atendimento em relação à 'adequação' dos diagnósticos ($p=0.000$).

Tabela 6 - Distribuição dos atendimentos, segundo período do atendimento e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Período	Adequados		Não-adequados		Total
	n	%	n	%	
Madrugada	105	17,5	495	82,5	600
Manhã	259	12,6	1794	87,4	2053
Tarde	431	18,2	1936	81,8	2367
Noite	341	16,6	1718	83,4	2059
Total	1136	16,0	5943	84,0	7079

$\chi^2 = 27.49$; $p = 0.000$

4.1.5 Quanto ao tipo de assistência

Na amostra analisada, a maior parte dos atendimentos correspondem a usuários que não permaneceram internados na UE (91,7%). Neste grupo, o percentual de ‘não-adequação’ foi de 87,4%, enquanto no grupo dos que permaneceram internados foi de 45,7%, conforme mostrado na Tabela 7. A análise estatística mostrou que houve diferenças significativas entre o total de casos segundo tipo de assistência em relação à ‘adequação’ dos diagnósticos ($p = 0.000$).

Tabela 7 - Distribuição dos atendimentos, segundo tipo de assistência e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998 - 2004.

Tipo de assistência	Total	Adequados		Não-adequados	
		n	%	n	%
Ambulatorial	6492	817	12,6	5675	87,4
Internação	587	319	54,3	268	45,7
Total	7079	1136	16,0	5943	84,0

$\chi^2 = 693.71$; $p = 0.000$.

Chama a atenção o percentual de 12,6% de ‘adequação’, considerando que esses usuários foram atendidos e liberados, após o atendimento, para seus domicílios. Provavelmente isso se deve ao fato de alguns casos considerados ‘adequados’ no protocolo de avaliação utilizado nesta pesquisa, não necessitarem de internamento, a exemplo de acidentes por escorpião, corpo estranho em orofaringe e no olho, crise convulsiva, epilepsia, entre outros. Por sua vez, o percentual de ‘não-adequação’ (45,7%) para usuários que

permaneceram internados, pode estar relacionado a questões sociais, tanto de usuários residentes em Maceió quanto em outros municípios onde pode haver carência de recursos para continuidade dos cuidados necessários.

Várias pesquisas apontam a ‘não-adequação’ das internações em SUH. Duas pesquisas utilizaram o Appropriateness Evaluation Protocol (Protocolo de Avaliação da Adequação) – AEP e encontraram 15% de hospitalização inadequada em usuários internados por problemas clínicos (PARDO et al., 2004), e de 14,3% de hospitalização inadequada em pacientes pediátricos - crianças maiores de 6 meses de idade (GARAU et al., 2004).

4.1.6 Quanto à procedência

Em relação à procedência, a maior demanda à UE foi constituída por usuários residentes em Maceió (81,6%), seguida por aqueles residentes em municípios mais próximos à Capital. Na Tabela 8 estão apresentados os dez municípios de Alagoas que tiveram maior participação de casos atendidos, a distância para a capital e a ‘adequação’ dos diagnósticos.

Tabela 8 - Distribuição dos atendimentos, segundo município de residência, distância em relação à Capital e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Municípios	Distância (km)	Total	Adequados		Não-adequados	
			n	%	n	%
Maceió	0	5775	802	13,9	4973	86,1
Marechal Deodoro	28	148	21	14,2	127	85,8
Rio Largo	26	144	25	17,4	119	82,6
Atalaia	48	60	11	18,3	49	81,7
Pilar	36	49	12	24,5	37	75,5
União dos Palmares	76	45	13	28,9	32	71,1
Barra de Santo Antônio	37	44	8	18,2	36	81,8
Teotônio Vilela	101	39	14	35,9	25	64,1
São Luis do Quitunde	53	38	3	7,9	35	92,1
Messias	25	37	5	13,5	32	86,5
Murici	43	37	13	35,1	24	64,9

Observa-se que os maiores percentuais de ‘não-adequação’ foi atendimentos de usuários residentes em Maceió e em municípios próximos à capital como São Luis do Quitunde, Messias, Marechal Deodoro, Rio Largo, Barra de Santo Antônio e Atalaia (1ª e 2ª regiões de saúde).

Na Tabela 9, está representado o município de Maceió e o conjunto de todos os outros municípios do Estado, segundo a ‘adequação’.

Tabela 9 - Distribuição dos atendimentos, segundo Maceió e o conjunto dos outros municípios e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Procedência	Total	Adequados		Não-adequados	
		n	%	n	%
Maceió	5775	803	13,9	4972	86,1
Outros municípios	1304	333	25,6	971	74,4
Total	7079	1136	16,0	5943	84,0

$\chi^2=107.36$; $p=0.000$

Observa-se que a maior ‘não-adequação’ foi de usuários residentes em Maceió, mesmo quando comparado ao conjunto dos outros municípios. A análise estatística mostrou que as diferenças foram estatisticamente significativas ($p=0.000$).

Agrupando os municípios por microrregiões de saúde, 89,2% da demanda são de usuários residentes na 1ª microrregião de saúde, constituída por Maceió e municípios circunvizinhos. A segunda maior demanda (1,8%) foi de usuários residentes na 2ª microrregião, seguido pela 11ª microrregião (1,7%), 3ª microrregião (1,4%), 12ª microrregião (1,1%), 10ª microrregião (0,8%), todas elas circunvizinhas a 1ª microrregião. O restante da demanda, por ordem decrescente, foi constituído de usuários residentes na 13ª microrregião com 0,8%, 5ª microrregião (0,6%), 9ª microrregião (0,5%), 8ª microrregião (0,4%), 6ª microrregião (0,8%) e, finalmente, a 7ª microrregião com 0,3% da demanda. Este último grupo é constituído de microrregiões situadas mais distantes da capital.

O Gráfico 1 e o Mapa 5 mostram a distribuição dos atendimentos segundo as microrregiões de saúde e a ‘adequação’. Observa-se que a incidência de atendimento é maior em Maceió e em regiões próximas e é inversamente proporcional à ‘adequação’, ou seja, a

'adequação' aumenta à medida que aumenta a distância do local de residência do usuário em relação à UE.

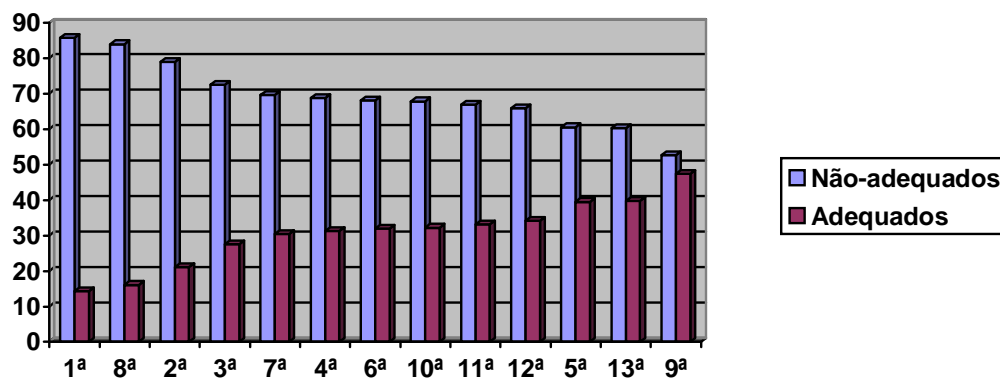
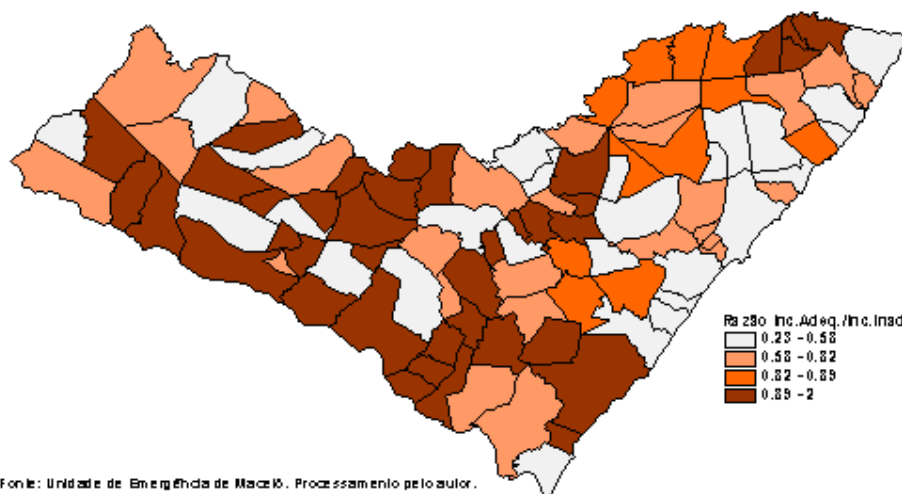


Gráfico 1 - Distribuição dos atendimentos, segundo as microrregiões de saúde e a 'adequação'. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.



Mapa 5 – Distribuição da razão da incidência de adequação/incidência de inadequação por quartis. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Quanto à procedência dos residentes em Maceió, observa-se que o maior número de casos foi de usuários residentes no bairro do Trapiche da Barra (13,2%), onde se situa a UE. Em segundo lugar, a maior demanda foi de usuários residentes no bairro do Vergel do Lago (10,5%), seguido pelos bairros da Ponta Grossa (9,8%), Jacintinho (7,3%), Tabuleiro do Martins (6,9%), Bom Parto (3,8%), Benedito Bentes (3,7%), Prado (3,5%), Clima Bom (3,0%), Levada (2,9%), etc. Nesses bairros de maior demanda reside a população com situação sócio-econômica menos favorecida, especialmente o bairro do Vergel do Lago, vizinho ao bairro do Trapiche da Barra onde há as favelas Sururu de Capote, Mundaú, Torre e

Muvuca, cuja população não tem nenhum tipo de assistência por se tratar de áreas ocupadas, sem reconhecimento do Estado no cumprimento de seus deveres.

Por sua vez, uma parte significativa da demanda (32,2%) vem de bairros distantes onde tem ambulatório de urgência 24 horas para o atendimento de pequena e média complexidade, a exemplo dos bairros do Jacintinho, Tabuleiro do Martins, Benedito Bentes e Levada. Essa procura pode representar uma baixa resolutividade dos serviços ambulatoriais de urgência, além de outros motivos como garantia de atendimento, credibilidade e confiança na instituição que faz com que o usuário busque atendimento em serviços com maior aporte tecnológico, em uma busca intuitiva da maior integralidade possível.

Ao se agrupar os bairros por Distritos Sanitários, observa-se a predominância de atendimentos do mesmo bairro e de bairros vizinhos à UE. O Gráfico 2 mostra essa distribuição assim como a ‘adequação’ dos atendimentos realizados. Observa-se que o maior percentual de ‘não-adequação’ foi do II Distrito que compreende o bairro onde se situa a UE (Trapiche da Barra) e os bairros circunvizinhos (Centro, Levada, Ponta Grossa, Pontal da Barra, Prado e Vergel do Lago). A análise estatística mostrou que houve diferenças significativas entre o total de casos segundo os Distritos Sanitários em relação a ‘adequação’ ($\chi^2=66.54$; $p=0.000$).

Este resultado é semelhante ao encontrado na análise da demanda por municípios, em que os mais próximos são os responsáveis pela maior demanda e os atendimentos são os mais ‘não-adequados’.

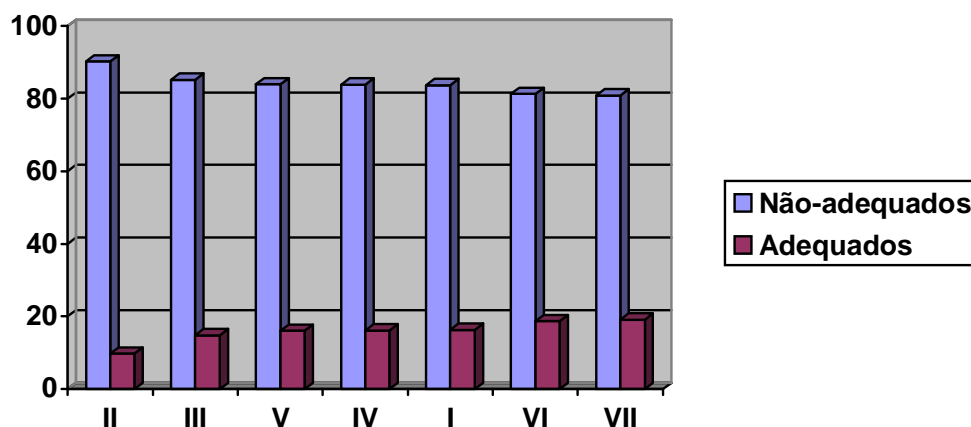


Gráfico 2 - Distribuição dos atendimentos da UE, segundo distrito sanitário e ‘adequação’. Maceió. 1998, 2001 e 2004.

Analisando a procedência de usuários pertencentes ao II Distrito Sanitário e ao conjunto dos outros Distritos (Tabela 10), os resultados são semelhantes à primeira análise, ou seja, o maior percentual de ‘não-adequação’ continua sendo para a demanda do II Distrito com diferenças estatisticamente significativas ($p=0.000$).

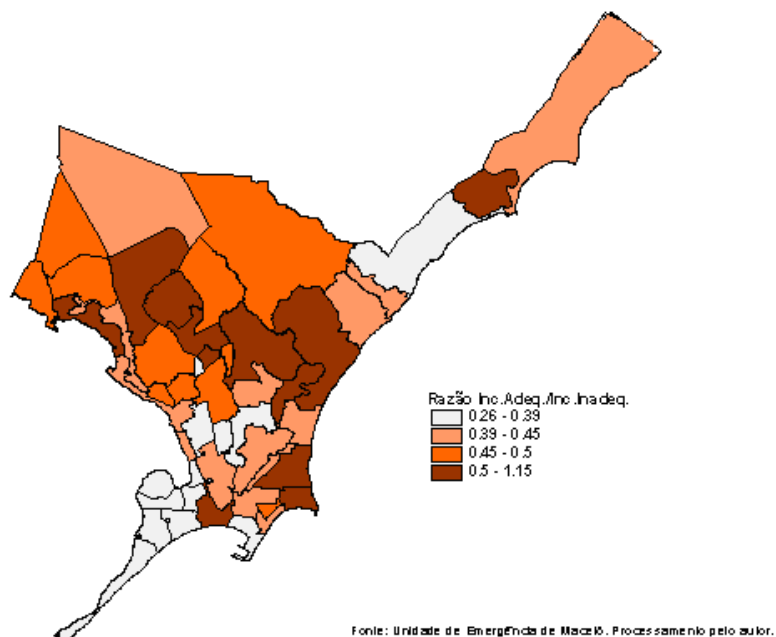
Tabela 10 - Distribuição dos atendimentos, segundo II Distrito e demais, e ‘adequação’. UE. Maceió. 1998, 2001 e 2004.

Distritos Sanitários	Total	Adequados		Não-adequados	
		n	%	n	%
II Distrito	2403	232	9,7	2169	90,3
Outros	3372	570	16,9	2804	83,1
Total	5775	802	13,9	4973	86,1

$\chi^2=60.40$; $p=0.000$

A média de distância para a UE dos casos ‘adequados’ foi de 6,2 km, enquanto a média de distância dos casos ‘não-adequados’ foi de 4,9 km. A análise estatística mostrou que houve diferenças significativas entre a média de distância dos casos ‘adequados’ e a média de distância dos casos ‘não-adequados’ ($p= 0,000$) e essas diferenças foram significativas também em cada ano do estudo.

O Mapa 6 mostra a incidência de atendimentos e a ‘adequação’ no município de Maceió, por distritos sanitários. Observa-se que o maior número de atendimentos é do II Distrito, onde se localiza a UE, cujos atendimentos foram considerados mais ‘não-adequados’. Por outro lado, as áreas de menor incidência de atendimentos correspondem a área rural e lagoa e os bairros de Ponta Verde e Jatiúca onde reside a população com maior poder aquisitivo, cujos atendimentos foram considerados mais ‘adequados’.



Mapa 6 - Distribuição da razão da incidência de adequação/incidência de inadequação por quartis. Maceió. 1998-2004.

Vários estudos mostram as causas de procura dos usuários aos serviços de urgência/emergência hospitalar. A acessibilidade geográfica é apontada como um dos motivos, assim como a qualidade geral do atendimento, a resolutividade do serviço, o acesso à medicação e as dificuldades de acesso a consultas na atenção básica (BARAKAT, 2004; FELICIANO; KOVACS, 2000; FELISBERTO; LEAL; SAMICO, 1994; KOVACS et al., 2005). Provavelmente esses mesmos motivos justificam a demanda à UE, de usuários do mesmo bairro e de bairros próximos, assim como de pessoas residentes em bairros distantes, onde existe ambulatórios de urgência 24 horas.

4.1.7 Quanto à distância

Do total de atendimentos de todas as regiões do estado, seja dos municípios de Estado ou dos bairros de Maceió, os atendimentos mais 'adequados' são aqueles cujo local de residência é mais distante da UE (média de distância de casos adequados - 62,2 km) enquanto que os atendimentos mais 'não-adequados' são aqueles mais próximos (média de distância dos casos 'não-adequados' - 49,4 km). A análise estatística mostrou que essas diferenças são

estatisticamente significativas ($p= 0,000$) e que essa significância se repete em cada ano da pesquisa.

O coeficiente de determinação, calculado pela distância do município para a UE e incidência de atendimento, foi negativo (0,7), ou seja, com a distância do município para a UE é possível estimar o valor da incidência de atendimento em 70%. A correlação é de que quando a distância diminui, aumenta o número de atendimentos e diminui a 'adequação', conforme mostrado no Gráfico 3.

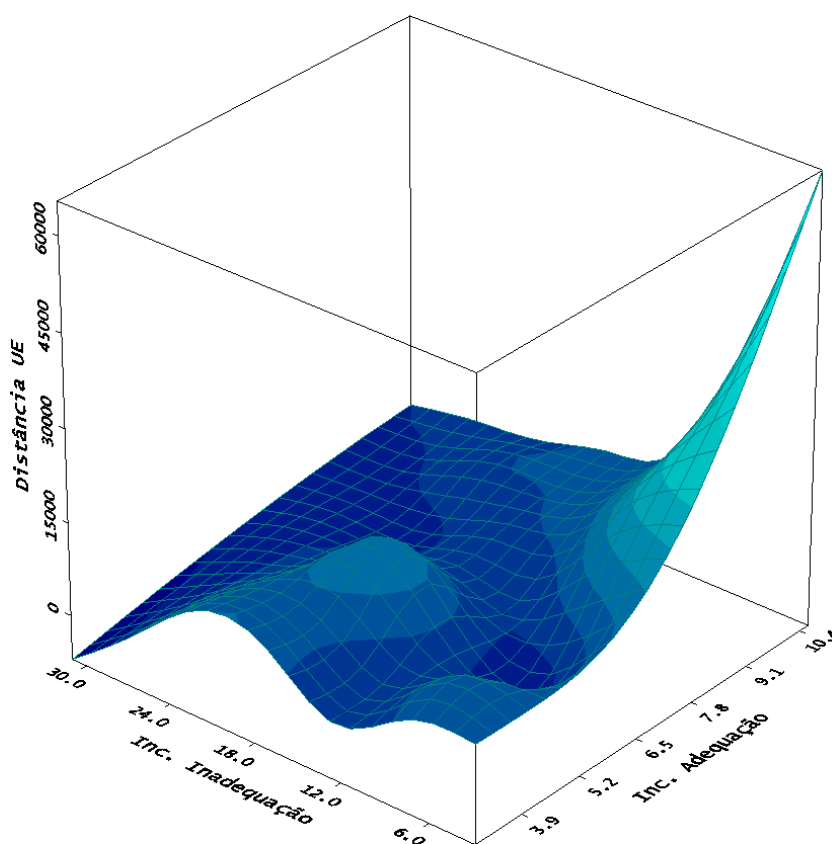


Gráfico 3 - Distribuição dos atendimentos, segundo a incidência, a distância e a 'adequação'. UE. Alagoas. 1998-2004

Para os residentes em Maceió, a média de distância dos casos 'adequados' foi de 20 km e dos inadequados de 10 km. A distância de Maceió pela razão mostra um coeficiente de determinação de 0,47 que permite dizer que a razão aumenta quando aumenta a distância, ou seja, quanto maior a distância para a UE diminui a incidência de atendimento e maior é a razão entre adequação e inadequação, conforme mostrado no Gráfico 4.

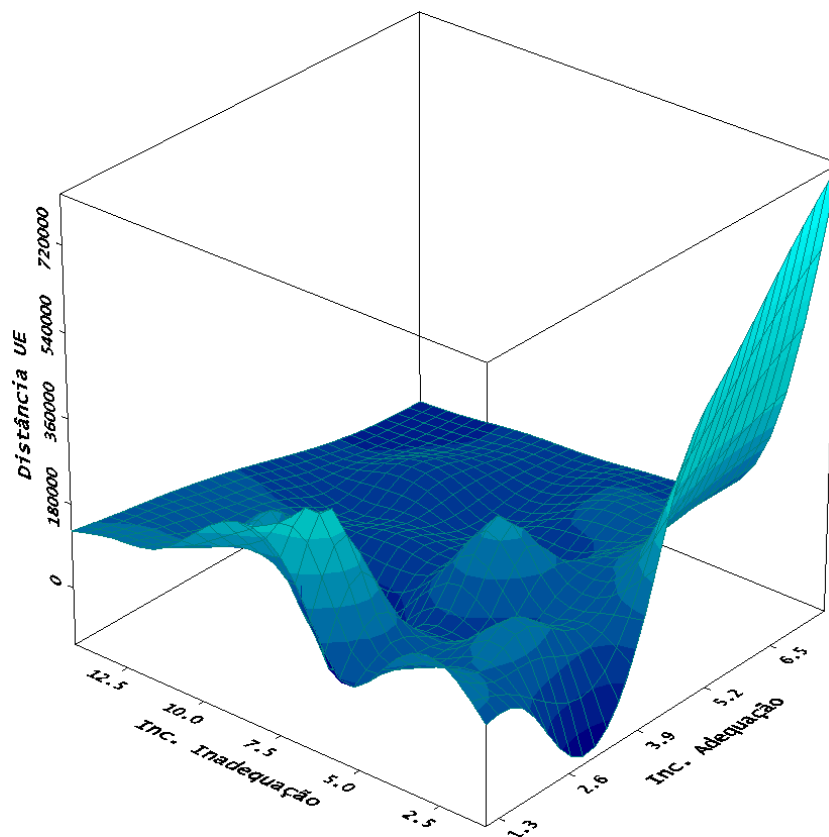


Gráfico 4 - Distribuição dos atendimentos, segundo a incidência, a distância e a 'adequação'. UE. Maceió. 1998-2004

4.2 Quanto ao perfil de morbidade

A Tabela 11 apresenta o perfil de morbidade da UE segundo a Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão (CID 10) nos três anos pesquisados. Nela estão apresentados os grupos de causas (capítulos) em relação à 'adequação'.

Tabela 11 - Distribuição dos atendimentos, segundo capítulos da CID 10 e 'adequação'. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Cap	Descrição	Total	Adequados		Não-adequados	
			n	%	n	%
XIX	Lesões, envenen. e alg conseq causas externas.	2543	773	30,4	1770	69,6
X	Doenças do aparelho respiratório	912	-	-	912	100,0
XI	Doenças do aparelho digestivo	666	58	8,7	608	91,3
XVIII	Sintom., Sin. e achad anorm ex clin e lab n identif	613	78	12,7	535	87,3
IX	Doenças do aparelho circulatório	582	104	17,9	478	82,1
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	315	4	1,3	311	98,7
XIII	Doenças do sist. osteomuscular e do tec. conjuntivo	290	-	-	290	100,0
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	251	-	-	251	100,0
XX	Causas externas de morbidade e de mortalidade	224	90	40,2	134	59,8
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	219	-	-	219	100,0
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas.	110	-	-	110	100,0
V	Transtornos mentais e comportamentais	92	-	-	92	100,0
VIII	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	92	-	-	92	100,0
VI	Doenças do sistema nervoso	71	17	23,9	54	76,1
VII	Doenças do olho e anexos	54	12	22,2	42	77,8
XV	Gravidez, parto e puerpério.	18	-	-	18	100,0
III	Doenças do sangue e do tecido hematopoiético	11	-	-	11	100,0
II	Neoplasias (Tumores)	8	-	-	8	100,0
XXI	Fatores influenc. estado saúde e contato serv. saúde	6	-	-	6	100,0
XVI	Algumas afecções originadas no período neonatal	2	-	-	2	100,0
	Total	7079	1136	16,0	5943	84,0

Observa-se que o maior grupo de causas foi no capítulo XIX da CID 10 “Lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas”, que corresponde a 35,9% da total analisado. Neste grupo, estão presentes os traumatismos, dos mais leves aos mais graves, que foram a maior causa de demanda da amostra analisada.

As doenças infecciosas do aparelho respiratório e digestivo ocupam respectivamente a segunda e terceira causa de demanda, retratando a pobreza e, conseqüentemente, as piores condições de saúde da população alagoana, maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, menores chances de conseguir tratamentos resolutivos e, portanto, maiores possibilidades de adoecer e morrer prematuramente.

Resultados semelhantes foram encontrados em outras pesquisas. Yamada et al. (2002) em Itaquaquecetuba na Região Metropolitana de São Paulo encontraram como primeira causa de demanda a SUH os agravos classificados no capítulo XIX da CID 10 (24,06%); Dubuc e Ferrari (2006) em pesquisa com adolescentes em serviço público de urgência e emergência em Londrina/PR, encontraram os agravos do capítulo XIX da CID 10 como segunda causa, porém, na faixa etária de 10 a 14 anos foi a primeira causa da demanda com 25,3%, assim como Castro et al. (2002) com 22,2% da demanda. As diferenças entre os percentuais encontrados podem refletir variações sócio-econômicas e culturais existentes entre as regiões geográficas. Deslandes e Silva (2000) encontraram percentuais maiores (69,3%), porém, a pesquisa foi específica com usuários vítimas de acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro.

Em relação à ‘adequação’ os agravos do capítulo XX “Causas externas de morbidade e mortalidade”, apresentam os maiores percentuais de casos adequados (40,2%) seguidos pelos agravos do capítulo XIX (30,4%).

Por sua vez, as doenças incluídas nos capítulos: doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças do aparelho geniturinário, algumas doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, transtornos mentais e comportamentais, doenças do ouvido e da apófise mastóide, gravidez, parto e puerpério, doenças do sangue e do tecido hematopoiético, neoplasias (tumores), fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde e algumas afecções originadas no período neonatal, foram consideradas, na totalidade, como ‘não-adequados’.

Este resultado reflete os problemas de saúde da região nordeste, em seu perfil de adoecimento e morte: a polarização epidemiológica e as desigualdades na saúde. A polarização epidemiológica é resultante da coexistência, superposição e interação de processos produtores da denominada morbidade moderna (doenças cardiovasculares, neoplasias e violência) com a persistência, emergência e a reintrodução de doenças infecciosas (MACEIÓ, 2006).

4.3 Quanto à adequação

No total de registros analisados, nos três anos da pesquisa, 84,0% dos casos foram considerados ‘não-adequados’ para o atendimento em SUH do nível de complexidade da UE.

Na distribuição em cada ano da pesquisa, observa-se que os percentuais de ‘não-adequação’ mostram tendência a diminuir nos anos de 2001 e 2004 (84,5% e 82,6%, respectivamente) ao comparar com o ano de 1998 (84,8%), conforme se observa na Tabela 12, porém a análise estatística mostra que as diferenças encontradas, entre os anos, não são significativas ($p=0.076$).

Tabela 12 - Distribuição dos atendimentos, segundo ‘adequação’. UE. Alagoas 1998, 2001 e 2004.

Ano	Total	Adequados		Não-adequados	
		n	%	n	%
1998	2362	359	15,2	2003	84,8
2001	2354	365	15,5	1989	84,5
2004	2363	412	17,4	1951	82,6
Total	7079	1136	16,0	5943	84,0

$\chi^2=5.15$; $p=0.076$.

Como uma grande parte dessa demanda é constituída por usuários residentes em Maceió, foi realizada outra análise exclusivamente com este grupo. Os resultados obtidos mostram que o percentual de ‘não-adequação’ é ainda maior (86,1%) em comparação aos resultados mostrados com a população geral do Estado (84,0%), provavelmente pela maior acessibilidade geográfica desses usuários. Semelhante aos resultados obtidos com a população geral do Estado, há uma tendência dos percentuais de ‘não-adequação’ a diminuir nos anos de 2001 e 2004 (86,0% e 84,9% respectivamente) em comparação ao ano de 1998 (87,4%) e a análise estatística também mostra que essas diferenças não são significativas ($p=0.076$), conforme mostrado na Tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição dos atendimentos, segundo 'adequação'. UE. Maceió. 1998, 2001 e 2004.

Ano	Total	Adequados		Não-adequados	
		n	%	n	%
1998	1952	246	12,6	1706	87,4
2001	1906	266	14,0	1640	86,0
2004	1917	290	15,1	1627	84,9
Total	5775	802	13,9	4973	86,1

$\chi^2=5.13$; $p=0.076$.

Comparando esses resultados de 'não-adequação' encontrados em Alagoas (84,0%) e em Maceió (86,1%), com outra pesquisa realizada no Hospital da Restauração, em Recife, Pernambuco, se observa que os percentuais de 'não-adequação' em Alagoas foram maiores que os resultados encontrados em Pernambuco - 74,5% (FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR; CAVALCANTI, 2004). Ambas as pesquisas mostraram diminuição dos percentuais de 'não-adequação' ao longo dos anos, porém essas diferenças não são estatisticamente significativas.

O maior percentual 'não-adequação' observado em Alagoas pode estar relacionado ao menor percentual de atendimentos de crianças no Hospital da Restauração. Neste serviço, são atendidos usuários de todas as faixas etárias, quando os casos são de violência, traumas, intoxicações e envenenamentos, existindo uma outra emergência para crianças, para atendimento dos demais casos específicos desta faixa etária. Outros fatores podem estar relacionados às diferenças sócio-econômicas e culturais intra-regionais e entre grupos populacionais submetidos a condições de vida também diferenciadas nestas regiões. A percepção dos problemas pela população não necessariamente expressa doenças clinicamente definidas, mas a construção de experiências de adoecimento. Essa construção se dá de modo diferente entre sexos, entre classes sociais e entre culturas. Isso poderia explicar a existência de diferentes prevalências entre Estados de uma mesma região, com características comuns quanto às condições de vida de suas populações e mesmo com padrões de mortalidade semelhantes, mas que apresentam aspectos culturais diversos.

Em todas as pesquisas de avaliação de demanda a serviços de urgência/emergência hospitalar, vale ressaltar os altos percentuais de não-adequação observados. Provavelmente um dos fatores que contribui para esse fato seja o grande número de usuários que procuram espontaneamente esses serviços na busca de atendimento aos seus problemas agudos de saúde

onde apenas um pequeno percentual dos usuários fica internado ou é transferido a outras unidades hospitalares.

A internação foi valorizada como critério de adequação por Fajardo-Ortiz e Ramírez-Fernández (2000), entretanto ainda é um critério questionável considerando percentuais significativos de internações desnecessárias em SUH, não relacionadas à gravidade da doença (GARAU et al., 2004; PARDO et al., 2004). Outros protocolos utilizam a permanência do usuário no serviço como critério de adequação, mesmo que seja por um período mais curto para observação, a exemplo do Protocolo de Adequação de Urgências Hospitalares (PAUH), utilizado em várias pesquisas (ARANAZ ANDRÉS et al., 2004; HINOJOSA et al., 2001; OTERINO et al., 1999; SÁNCHEZ, 2004; VALDÉS et al., 2002), assim como protocolos utilizados por Dornas Júnior e Ferreira (2003) e Vera, Werner e Massri (2004).

O problema da demanda excessiva de atendimentos em SUH com casos ‘não-adequados’ está presente em várias regiões da América Latina (inclusive no Brasil) e de outros países desenvolvidos, a exemplo da Espanha. Apesar das dificuldades em comparar os percentuais de adequação desses estudos com os encontrados nesta pesquisa, por divergirem quanto ao protocolo para classificação dos casos adequados ou não, considerou-se importante mostrar os seus resultados para dimensionamento do problema e discutir alguns aspectos regionais entre os diferentes percentuais de ‘não-adequação’.

No Brasil, as pesquisas realizadas em SUH mostram percentuais de ‘não-adequação’ superiores a 50%, a exemplo da pesquisa realizada no pronto-socorro do Hospital Municipal de Volta Redonda, no Rio de Janeiro, onde a ‘não-adequação’ foi de 66,5% nos atendimentos realizados na clínica pediátrica e de 52,5% dentre aqueles realizados na clínica médica (CECÍLIO, 1997); em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, foi de 60,6% (SALLA et al., 1989); e em Santa Catarina, no Serviço de Emergência do Hospital Universitário, 65% da demanda foi considerada ‘não-adequada’ (PEIXOTO FILHO et al., 1991). Esses percentuais menores de não-adequação encontrados na região Sul e Sudeste do país podem significar às desigualdades no adoecer (necessidade em saúde) entre essas regiões e a região Nordeste que, sendo menos desenvolvida, apresenta taxas mais altas de morbidade (TRAVASSOS et al., 2000).

Em outros países da América Latina a ‘não-adequação’ atinge também percentuais significativos, como é o caso do México com 64,12% (FAJARDO-ORTIZ; RAMÍREZ-FERNÁNDEZ, 2000) e do Chile, com 79% (VERA; WERNER; MASSRI, 2004).

Na Espanha, a depender do critério utilizado, os percentuais de não-adequação’ variam entre 26,8% e 79% (ARANAZ ANDRÉS, 2006). Os que utilizaram critérios objetivos, a exemplo do Protocolo de Adequação de Urgência Hospitalar (PAUH) mostram percentuais de ‘não-adequação’ menores, como os estudos de Oterino et al. (1999) com 26,8%; Hinojosa et al. (2001) com 35%; Sempere et al. (2001) com 29,6%; Aranaz Andrés et al. (2004) com 30,7%.

Provavelmente, esses percentuais menores são devidos a dois itens do protocolo que contribuem para elevar os percentuais de ‘adequação’. O primeiro deles considera adequados todos os atendimentos em que o SUH é a unidade de saúde mais próxima do local de residência do usuário. O segundo item considera o caso ‘adequado’ se, durante o atendimento, foi realizado exame complementar ao diagnóstico, ainda que não se comprove a necessidade do mesmo. Se, nesta pesquisa, tivessem sido utilizados critérios semelhantes, os percentuais de ‘não-adequação’ seriam substancialmente menores, considerando que grande parte da demanda a UE é constituída de usuários residentes no mesmo bairro (13,2%) ou em bairros próximos.

Esta questão remete ao direito constitucional à saúde, incluídos os direitos às ações e aos serviços de saúde, entretanto não parece modificar o conceito de ‘não-adequação’ quanto a um atendimento não-emergencial, de pequena complexidade, que poderia ser resolvido em unidades ambulatoriais ou de serviços de urgência de menor complexidade. Remete a outras questões de organização de serviços na distribuição da rede de assistência.

O outro item referente a solicitação de exames complementares, remete a questão do uso desnecessário de tais exames, comumente presentes na prática médica. O seu uso, ainda que possa traduzir a realidade, em muitas ocasiões, pode estar medindo a utilização indevida de exames complementares pelo próprio SUH, mais que um atendimento adequado. Valdés et al. (2002) mesmo utilizando o PAUH, retiraram esses itens e o percentual de ‘não-adequação’ aumentou para 64,8%.

Ainda na Espanha, outra pesquisa realizada mostrou percentual de ‘não-adequação’ de 51,6%, porém não especifica no texto publicado, o critério de ‘adequação’ utilizado (SENANDE et al., 2005).

A ‘não-adequação’ da demanda de usuários a SUH também é mostrada em estudos com crianças e adolescentes. Em cinco serviços públicos de urgência/emergências pediátricas, em Recife, a ‘não-adequação’ foi de 63,5% no atendimento de crianças, ou seja, cerca de dois terços dos atendimentos apresentavam problemas de saúde passíveis de serem solucionados na rede básica (KOVACS et al., 2005).

4.4 Quanto as possíveis mudanças no perfil da demanda com a municipalização da saúde e o PSF

4.4.1 Quanto à condição de gestão municipal

Comparando a totalidade de atendimentos de usuários residentes em municípios de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e em municípios de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), quanto à ‘adequação’, foi observado, paradoxalmente, que a ‘não-adequação’ foi maior entre aqueles residentes no conjunto de municípios habilitados na condição de GPSM, do que entre aqueles residentes no conjunto de municípios habilitados na condição de GPAB (Tabela 14) e que essas diferenças entre municípios de GPSM e GPAB em relação à adequação foram estatisticamente significativas ($p=0.002$).

Tabela 14 - Distribuição dos atendimentos, segundo habilitação dos municípios e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Tipo de habilitação	Total	Adequados		Não-adequados	
		n	%	n	%
GPAB	1973	359	18,2	1614	81,8
GPSM	5106	777	15,2	4329	84,8
Total	7079	1136	16,0	5943	84,0

$\chi^2=9.36$; $p=0.002$.

Como este resultado poderia ser devido ao pequeno número de atendimentos de usuários residentes em municípios habilitados na condição de GPAB, em que um ou dois casos atendidos e considerados ‘adequados’ aumentaria substancialmente o percentual de ‘adequação’, foi realizada outra análise verificando-se a mediana do número de casos atendidos. A partir do resultado de sete casos por município, foram selecionados aqueles com mais de sete casos atendidos, perfazendo um total de 6.966 casos, referentes a usuários residentes em 46 municípios (Tabela 15). A nova análise estatística mostrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre o total de casos de usuários residentes em municípios de GPAB e em municípios de GPSM em relação à ‘adequação’ ($p=0.074$).

Tabela 15 - Distribuição dos atendimentos, segundo habilitação dos municípios com mais de sete casos atendidos e ‘adequação’. UE. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Tipo de habilitação	Total	Adequados		Não-adequados	
		n	%	n	%
GPAB	1868	317	17,0	1551	83,0
GPSM	5098	774	15,2	4324	84,8
Total	6966	1091	15,7	5875	84,3

$\chi^2=3.17$; $p=0.074$.

Considerando a incidência de atendimento e a distância dos municípios para Maceió, os municípios de GPAB e GPSM comportam-se de modo semelhante quanto à ‘adequação’, conforme mostrado no Gráfico 5.

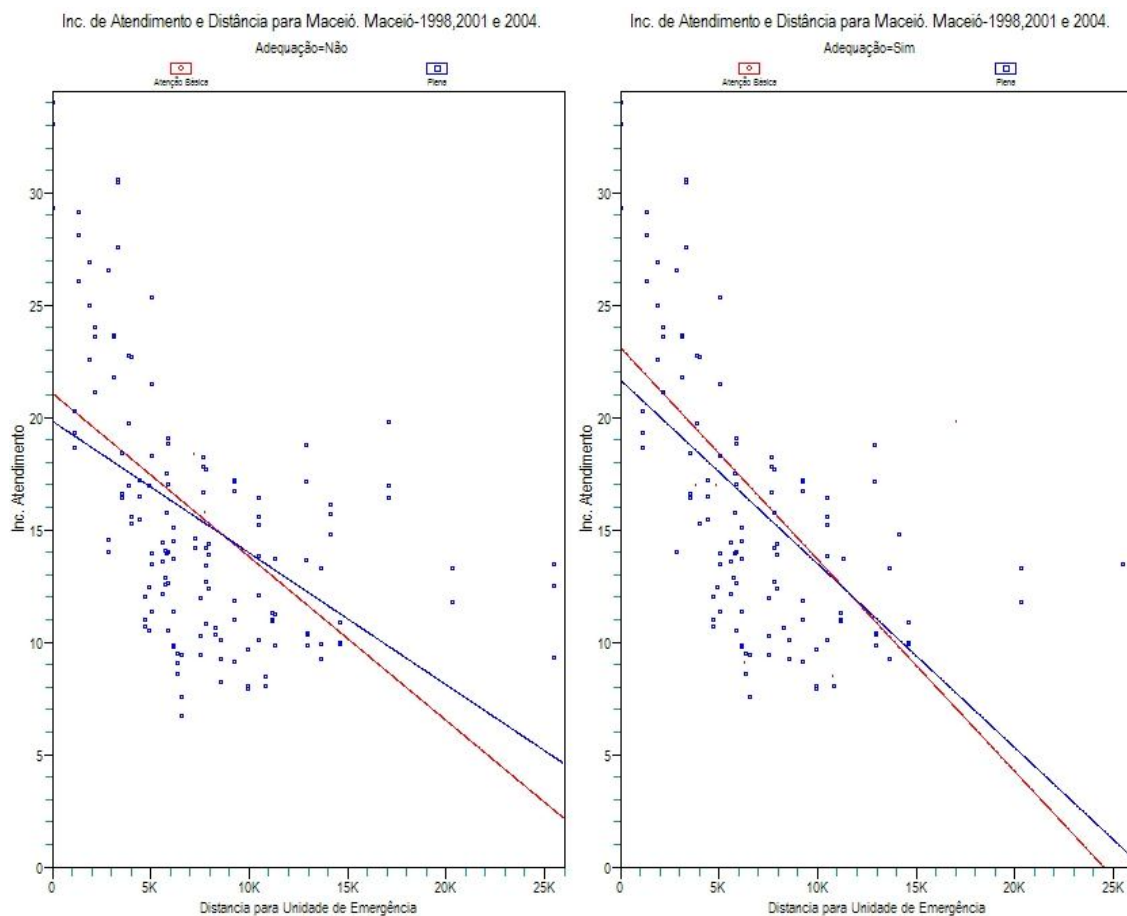


Gráfico 5 - Incidência de atendimentos na UE e distância para Maceió de municípios de GPSP e GPAB. Alagoas. 1998, 2001 e 2004.

Com esses resultados se pode inferir que a forma de gestão municipal não contribuiu para a ‘adequação’ da demanda à UE. Resultados semelhantes foram encontrados por Furtado, Araújo Júnior, Cavalcanti (2004) no Hospital da Restauração, em Recife – PE onde não foram observadas modificações significativas no perfil de atendimento com a municipalização da saúde.

Provavelmente estes resultados refletem as dificuldades no processo de descentralização da saúde pelos municípios, exercido com racionamento de recursos, assistência de má qualidade, refém de políticas estabelecidas no âmbito federal, a despeito das necessidades locais de saúde, enfraquecendo o seu papel de gestor da atenção e sendo mero executor de políticas estabelecidas no âmbito federal. Os estudos sobre o processo de municipalização apontam para os avanços na sua dimensão social, com participação importante da comunidade exercendo o seu papel no controle social. Na dimensão

assistencial, parece não haver avanços significantes. Mesmo municípios com cobertura populacional de 100% pelo PSF (equipes/população) na prática, há dificuldades na mudança do modelo de atenção, serviços com deficiências estruturais (instalações físicas e equipamentos) que compromete a resolutividade, o acesso e a integralidade da atenção.

4.4.2 Quanto à cobertura pelo PSF

Na amostra analisada, 5.775 atendimentos foram de usuários residentes em Maceió e destes 2.373 (41,1%) residem em áreas cobertas pelo PSF. Comparando os atendimentos realizados de usuários residentes em áreas cobertas e áreas não cobertas pelo PSF, quanto à ‘adequação’, foi observado um maior percentual de ‘não-adequação’ no grupo de usuários residentes em áreas cobertas pelo PSF, porém as diferenças entre as duas áreas em relação a ‘adequação’ não foram estatisticamente significativas ($p=0.052$).

Tabela 16 - Distribuição dos atendimentos, segundo área coberta pelo PSF e ‘adequação’. UE. Maceió. 1998, 2001 e 2004.

PSF	Total	Adequados		Não-adequados	
		n	%	n	%
Sim	2373	304	12,8	2069	87,2
Não	3402	498	14,6	2904	85,4
Total	5775	802	13,9	4973	86,1

$\chi^2=3.77$; $p=0.052$.

Na distribuição dos atendimentos em cada ano do estudo (Tabela 17), observa-se que em 1998 essas diferenças foram estatisticamente significativas ($p=0.044$), porém, em 2001 ($p=0.109$) e 2004 ($p=0.092$) as diferenças não o foram.

Tabela 17 - Distribuição dos atendimentos, segundo área coberta pelo PSF e ‘adequação’ em cada ano. UE. Maceió. 1998, 2001 e 2004.

PSF/Ano	1998*				2001**				2004***				Total
	A		N/A		A		N/A		A		N/A		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Áreas cobertas	73	10,5	622	89,5	97	12,4	687	84,9	134	15,0	761	85,0	2373
Áreas não-cobertas	173	13,8	1083	86,2	169	15,1	953	84,9	156	15,2	868	84,8	3402
Total	246	12,6	1705	87,4	266	14,0	1640	86,0	290	15,1	1628	84,9	5775

* ($\chi^2=4.05$; $p=0.044$)

** ($\chi^2=2.56$; $p=0.109$)

*** ($\chi^2=0.00$; $p=0.092$)

Selecionando os atendimentos de usuários residentes em áreas cobertas pelo PSF, foi observado que a média de distância dos casos considerados ‘adequados’ à UE foi de 5,7 km e a média de distância dos casos considerados ‘não-adequados’ foi de 4,7 km. A análise estatística mostrou que essas diferenças foram significativas ($p=0,000$). Ao se analisar em cada ano da pesquisa, se observa que em 1998 as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p=0,881$), porém em 2001 e 2004 o foram ($p=0,000$).

Quanto ao número de ESF, 58,9% da demanda à UE não é assistida pelo PSF (0 ESF), 19,4% residem em áreas onde tem 02 ESF; 13,2% em áreas com 01 ESF; 3,9% em áreas com 03 ESF; 2,6% em áreas com 06 ESF; 1,1% em área com 10 ESF; e 0,9% da demanda residem em área com 05 ESF.

Analisando a correlação entre o número de ESF e ‘adequação’, a média de equipes no município de Maceió por ‘adequação’ foi de 0,946 e a média de equipes por ‘não-adequação’ foi de 0,950. A análise mostrou que estas diferenças não foram estatisticamente significativas $p=0,951$. Isso sugere que a ‘adequação’ independe do número de equipes instaladas na área, sendo a distância o fator que mais contribui para a ‘adequação’, independente de a área ser coberta pelo PSF e do número de ESF instaladas.

Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que uma parte de população coberta pelo PSF não tem a USF como primeira referência na busca de atendimento aos seus problemas de saúde, seja por dificuldade de acesso, seja pela resolutividade da atenção. Essas questões já foram identificadas em outras pesquisas em que 31% a 59% dos usuários

entrevistados afirmaram ter a unidade do PSF como sua primeira referência de atenção, em cada episódio de doença, e apenas 36,3% tinha acesso a consulta médica (BRASIL, 2000; SAMPAIO; MENDONÇA, AZEVEDO, 2002).

As USF, apesar da proposta de um novo modelo de atenção, mantêm horários de funcionamento restritos, rígidos, com número limitado de atendimentos por profissional, previamente agendados pelos Agentes Comunitários de Saúde, o que dificulta o acesso e compromete o princípio de universalidade do SUS. Sem acesso a assistência, o usuário busca atendimento onde for possível e a porta garantida para esse atendimento são os SUH.

Com isso, se institui uma prática em que o indivíduo torna-se usuário dos SUH pela facilidade de atendimento, perdendo a oportunidade de usufruir as ações de promoção da saúde e da prevenção de doenças, as quais contribuiriam na melhoria da qualidade de saúde, evitando-se o agravamento dos problemas. E, sendo assim, compromete-se outros princípios do SUS como a integralidade da atenção e a equidade no acesso aos serviços no exercício do direito à saúde.

A ineficiência do PSF na melhoria da saúde da população adscrita tem sido mostrada em várias pesquisas. Roncalli e Lima (2006) avaliaram o impacto do PSF em quatro municípios da região Nordeste com mais de 100 mil habitantes. Os resultados mostraram que não houve, na maior parte dos indicadores de saúde relacionados à saúde da criança, diferenças significativas entre áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, destacando-se apenas a redução na taxa de internação por diarreia.

As pesquisas que citam resultados favoráveis, como a redução da demanda a SUH, não são precisas, a exemplo da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em 2002 em que a redução da procura à SUH foi referida pelos usuários em 60% dos inquiridos, porém não analisa estatisticamente a redução dessa demanda. A mesma pesquisa mostra que somente nos municípios com cobertura de PSF igual ou superior a 50% da população, houve redução da média de coeficiente de internações, em todas as regiões do país, mas somente para diarreia, em menores de 5 anos, desnutrição e infecção respiratória aguda, em menores de 1 ano (BRASIL, 2002; SAMPAIO; MENDONÇA; AZEVEDO, 2002).

Sem modificação significativa nos indicadores de saúde da população, a demanda a SUH se mantém uniforme, como os resultados desta pesquisa mostraram. Resultados semelhantes já haviam sido apontados no Hospital da Restauração, em Recife-PE por Furtado, Araújo Júnior e Cavalcanti (2004).

Com estes resultados pode-se inferir que a municipalização da gestão e o PSF não contribuíram para a ‘adequação’ dos casos atendidos na UE, nos anos de 1998, 2001 e 2004. Provavelmente o fator que mais contribuiu para a demanda de casos ‘adequados’ ou ‘não-adequados’ foi a distância entre o local de residência do usuário e a UE.

CONCLUSÃO



5 CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo permitem concluir:

Quanto ao perfil da demanda:

- a) Predominou o atendimento de homens, na faixa etária de 19 e 29 anos (21,6%), seguido da faixa de 30 a 39 anos (16,5%) que juntos representam mais de um terço da demanda. Houve diminuição progressiva do atendimento de indivíduos mais jovens (menores de 40 anos) e aumento progressivo do número de usuários mais velhos (acima de 40 anos) nos anos de 2001 e 2004;
- b) A maior proporção de atendimentos ocorreu no setor de clínica médica (52,2%), seguido pelo setor de ortopedia/traumatologia (22,6%);
- c) O período de atendimento mais procurado foi o período da tarde (33,4%) seguido pela noite (29,1%);
- d) O maior volume de atendimentos é ambulatorial (91,7%). Um pequeno percentual (8,3%) da demanda permaneceu internada no serviço;
- e) Quanto mais próximo o local de residência, maior é o número de casos atendidos. O grande número de pessoas atendidas é residente em Maceió (81,6%) e 41,6% dessa demanda são residentes no bairro onde se situa a UE (13,2%) e nos bairros vizinhos que compõem a II Distrito Sanitário de Maceió. Do restante, 32,2% da demanda são residentes em bairros onde tem ambulatório de urgência 24 horas.

Quanto ao perfil de morbidade:

- a) O maior grupo de causas foi no capítulo XIX “lesões, envenenamentos e outras conseqüências de causas externas” (35,9%). A segunda maior causa da demanda foram as doenças do aparelho respiratório (12,9%), seguidas das doenças do aparelho digestivo (9,4%).

Quanto à ‘adequação’ dos diagnósticos:

- a) Alto percentual de ‘não-adequação’ (84,0%) dos casos atendidos na UE, sem variação significativa entre os anos estudados;
- b) Houve maior percentual de ‘não-adequação’ nos pacientes do sexo feminino (87,7%);
- c) O maior percentual de ‘não-adequação’ ocorreu na faixa etária de 30 a 39 anos (86,2%) seguido pela faixa etária de 50 a 59 anos (86,1%);
- d) Os casos atendidos no setor de clínica médica foram considerados mais ‘não-adequados’ (89,5%) seguidos por aqueles atendidos na pediatria (86,5%);
- e) O maior percentual de ‘não-adequação’ ocorreu nos casos atendidos no período da manhã (87,4%), seguidos pelos atendidos no período da noite (83,4%);
- f) Os casos atendidos que foram liberados para os domicílios apresentaram maior percentual de ‘não-adequação’ (87,4%) em relação aos que permaneceram internados na UE (45,7%);
- g) Os maiores percentuais de ‘não-adequação’ ocorreram nos grupos de causas dos capítulos X; XIII; XIV; I; IV; V; VIII; XV; III; II; XXI; e XVI da CID 10; o maior percentual de ‘adequação’ ocorreu no grupo de causas do capítulo XIX da CID 10;
- h) Quanto mais próximo o local de residência, maior é a ‘não-adequação’ dos casos. O maior percentual de casos ‘não-adequados’ (90,3%) foi de usuários residentes na segunda região administrativa de Maceió, que compreende o bairro onde se situa a UE e os bairros circunvizinhos.

Quanto as possíveis mudanças no perfil da demanda com a municipalização da saúde e o PSF

- a) Não houve diferenças significativas entre usuários residentes em municípios habilitados na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e os residentes em municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal nos anos estudados quanto a ‘adequação’ dos casos atendidos;
- b) Não houve diferenças significativas entre usuários residentes em áreas cobertas pelo PSF em comparação com usuários residentes em áreas não cobertas, em relação à ‘adequação’ dos casos atendidos;
- c) Não houve diferenças significativas entre usuários residentes em áreas cobertas pelo PSF, quanto ao número de equipes de saúde da família em relação à ‘adequação’ dos casos atendidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados neste estudo mostram a grande procura da população à UE com problemas agudos de saúde, porém ‘não-adequados’ ao perfil da instituição. O alto percentual de ‘não-adequação’ reflete as condições de pobreza da população alagoana e uma insuficiente rede assistencial que não absorve grande parte dessa demanda com problemas de saúde de menor complexidade, mesmo com mudanças no modelo de gestão municipal e/ou implantação do PSF em algumas comunidades.

Entre as variáveis selecionadas, a distância entre o local de residência do usuário e a UE foi o fator que mais contribuiu para a ‘adequação’ dos atendimentos.

O problema da demanda excessiva, e em grande parte ‘não-adequada’ a SUH, a exemplo da UE, permanece como um problema tanto no setor público, como no privado, tanto no Brasil como no exterior, em países em desenvolvimento ou em grandes potências. O que os diferencia é quanto à intensidade da ‘não-adequação’ regida pelos contextos socioeconômicos e culturais de uma população.

Sendo um problema antigo, de várias regiões e em todas as faixas etárias, é importante abrir-se o diálogo para outras estratégias que não sejam apenas a ampliação e a organização da rede de serviços de saúde para corrigir o padrão de utilização dos serviços de urgência/emergência hospitalar pelos usuários, mas buscar formas alternativas de garantir a integralidade do cuidado.

E este nos parece o maior desafio do SUS: romper com o cenário de uma prática extremamente normativa, que estabelece portas de entrada e mecanismos rígidos de referência e contra-referência, que silencia o paciente e que não dá conta de cumprir com os preceitos constitucionais do direito à saúde de universalidade, integralidade e equidade na atenção.

Cecílio (1997) propõe repensar a estrutura hierarquizada e regionalizada do SUS, não mais semelhante a figura de uma pirâmide, mas como um círculo, com múltiplas alternativas de entrada do usuário no sistema de saúde. De uma estrutura vertical para uma concepção horizontal, ou seja, onde quer que o usuário busque o atendimento, o serviço se

responsabilize pelo acolhimento no espaço mais adequado as suas necessidades de saúde, por meio das centrais de regulação, em torno de um projeto coletivo comum.

É importante ressaltar que o cumprimento desses preceitos não pode ser unicamente atribuído à prática assistencial já que existe uma insuficiência estrutural de serviços. A deficiência no financiamento dos serviços é um impeditivo concreto de realização de um SUS mais justo, mas o enfrentamento de problemas não estruturais exige mais do que políticas de Estado. Exige reflexão e principalmente maior engajamento de diversos atores.

Provavelmente essas questões estão contempladas nos resultados desta tese, que mostrou, assim como outras pesquisas (FURTADO; ARAÚJO JÚNIOR; CAVALCANTI, 2004; RONCALLI; LIMA, 2006) o baixo impacto alcançado com a implantação de políticas públicas na melhoria das condições de saúde da população. A mudança do modelo assistencial proposto pelo PSF ainda não foi suficientemente eficaz como estratégia em uma situação de saúde tão heterogênea e complexa como a da população brasileira.

Considerando a atenção à saúde um processo de construção permanente, a contribuição no conhecimento sobre o perfil da demanda da UE e os efeitos da municipalização da saúde e do PSF no estado de Alagoas sobre essa demanda, traz possibilidades de reflexão sobre aspectos operacionais do PSF, da reorganização de rede de assistência e reestruturação de serviços.

Neste sentido, a aproximação da academia com o serviço, cumpre o seu papel na direção de um ideal: um modelo de atenção que conjugue eficácia, eficiência e resolutividade com acolhimento às necessidades das pessoas.

SUGESTÕES



7 SUGESTÕES

- a) Estimular, fortalecer e subsidiar a criação de Central de Regulação como instrumento de ordenação e orientação da assistência em seus diversos níveis, que defina fluxos dentro do sistema por qualquer que seja a “porta de entrada” do usuário;
- b) Fortalecer e subsidiar ambulatórios de urgência 24 horas, adequando-os quanto às instalações físicas, recursos humanos (profissionais adequadamente habilitados na atenção à urgência) e equipamentos, para um atendimento eficaz dos problemas de saúde de baixa e média complexidade;
- c) Fortalecer processos de co-responsabilização na produção da saúde;
- d) Promover o envolvimento de toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, (unidades básicas de saúde, PSF, ambulatórios especializados), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, articulados por sistemas de referência e contra referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante do Sistema;
- e) Investir em modos de organização dos serviços de saúde que reduzam as filas e o tempo de espera baseados na adoção de critérios de risco e no acolhimento;
- f) Desenvolver estratégias de suporte ao trabalho das equipes de saúde da família.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ACARAÍ (RN). Prefeitura Municipal. O PSF em Acarai. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, n. 21, p. 77-83, dez. 2000.

AKERMAN, M. E.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Cadernos de saúde pública**; Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, 1992.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização das Ações de Saúde em Alagoas**: a saúde bem mais perto da nossa gente. Maceió, 2002.

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Unidade de Emergência Doutor Armando Lages. **Inserção da UE no PDR**. Maceió, 2003.

ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. **Revista do serviço público**, Brasília, DF, v. 51, n. 4, p. 5-60, 2000.

ALLUÉ, X. M. **Urgencias**: abierto de 0 a 24 horas: factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas. Zaragoza: Mira, 1999.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES R. J. S.; MARTINS JUNIOR, T. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Revista panamericana de salud publica**, Washington, v. 8, n. 1/2, p. 85-91, 2000.

AQUINO, E. M. L.; MENEZES, G. M. S.; AMOEDO, M. B. Gênero e saúde no Brasil: considerações a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. São Paulo. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 195-202, 1992.

ARANAZ ANDRÉS, J. M. et al. Adecuación de la demanda sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. **Medicina clínica**, Barcelona, v. 123, n. 16, p. 615-618, 2004.

ARANAZ ANDRÉS, J. M. et al. ¿Por qué los pacientes utilizan los servicios de urgencias hospitalarios por iniciativa propia? **Gaceta sanitaria**, Barcelona, v. 20 n. 4. p. 311-315, 2006. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000400010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 17 mar. 2007.

ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas sociais. **Revista brasileira de ciências sociais**, São Paulo, v. 11, n. 31, p. 44-66, 1996.

ARRETCHE, M. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes**. 1998. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas, 1998.

AYANIAN, J. Z.; EPSTEIN, A. M. Differences in the use of procedures between women and men hospitalized for coronary heart disease. **New england journal of medicine**, Boston, v. 325, n. 4, p. 221-225, 1991.

AVALIAR. In: FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1986.

BARAKAT, S. F. C. **Caracterização da demanda do serviço de emergências clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo**. 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

BERTONCINI, J. H. **Da intenção ao gesto: análise da implementação do Programa de Saúde da Família em Blumenau**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2000.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Brasília, DF: EdUnb, 1993.

BOLDSTEIN, R. C. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BOLDSTEIN, R. C. Políticas de saúde e cidadania: uma contribuição para a discussão sobre serviços de saúde. In: SPÍNOLA, A. W. P. et al. (Org.). **Pesquisa social em saúde**. São Paulo: Cortez, 1992.

BORJA, J. et al. **Descentralización del estado, movimiento social y gestión local**. Santiago: ICI, FLASCO, CALSCO, 1995.

BRASIL. Constituição (1988). Da Seguridade Social. In: _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização dos serviços de saúde**: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 761, de 15 junho de 1999**. Publicar a proposta de Projeto de Resolução "Glossário de Termos Comuns para os Serviços de Saúde do Mercosul. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Portarias/port_761_99.htm>. Acesso em: 15 nov. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS. (NOB/96). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 216, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação da Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Integralidade da atenção à saúde**. Texto adaptado por Kell M. C. G. Disponível em: <www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc>. Acesso em: 25 nov.2007.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/construcao_do_SUS.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2007.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implantação do programa de saúde da família em dez grandes centros urbanos**: síntese dos principais resultados. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: <<http://www.ccs.ufsc.br/geosc/babcsus.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2007.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005.

BUCCI, M. P. D. **Buscando um conceito de políticas públicas para a concretização dos direitos humanos**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/textos/politicapublica/mariadallari.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2006.

BURNETT M. G.; GROVER S. A. Use of the emergency department for no urgent care during regular business hours. **Canadian medical association journal**, Ottawa, v. 154, n. 9, p. 1345-1351, 1996.

CAMPOS, F. E. et al. Reflexões sobre Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades. Brasil. **Revista brasileira de saúde da família**, Brasília, DF, v. 2, n. 5, p. 71-79, 2002.

CARCIOFFI, R. et al. **Descentralización y financiamiento de la educación y la salud**: las experiencias de Argentina y Chile. Santiago: CEPAL: UNICEF, 1995.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase: Ibam, 1995.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde**: comentários à lei orgânica da saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). São Paulo: Hucitec, 1992.

CARVALHO, C. P. **Os ciclos históricos de uma economia dependente - parte I**. Disponível em: <www.abdl.org.br/filemanager/download/119/Ciclos%20Históricos%20de%20uma%20Economia%20Dependente.doc>. Acesso em: 22 jan. 2008.

CASANOVA, C. et al. Uso inapropriado de la hospitalización en Pediatría. Validación de la versión española del Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. **Gaceta sanitaria**, Barcelona, v. 13, p. 301-303, 1999.

CASTRO, C. J. et al. (Coord.). **Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do Hospital Geral de Itaim Paulista**. São Paulo: [s.n.], 2002.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

COHEN, E.; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 2004

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1987, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1987.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise de Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 191-202, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-47.

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de Programas Públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 37 n. 5, set./out. 2003.

COTTA, T. C. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. **Revista do serviço público**, Brasília, DF, v. 49, n. 2, p. 105-126, 1998.

DALLARI, S. G. O papel do município no desenvolvimento de políticas de saúde. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 400-405, 1991.

DALLARI, S. G. **Direito à saúde**. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/educar/redeedh/bib/dallari3.htm>>. Acesso em: 5 dez. 2007

DEL-BEN, C. M. et al. Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 470-476, 1999.

DESLANDES, S. F.; SILVA, C. M. F. P. Análise da morbidade hospitalar por acidentes de trânsito em hospitais públicos do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 367-372, 2000.

DHNET REDE DIREITOS HUMANOS E CULTURA. **A natureza das obrigações dos Estados-partes**. Natal, 1990. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/br/pb/dhparaiba/2/c3.html>>. Acesso em: 20 out. 2007.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. In: _____. **The definition of quality and approaches to its assessment**. Ann Arbor: Health Administration, 1980. p. 77-125.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology laboratory medicine**, Chicago, n. 114, p. 1115-1118, 1990.

DORNAS JÚNIOR, G.; FERREIRA, J. M. Informações de Unidades de Pronto Atendimento: possibilidades de uso como sentinelas da atenção básica à saúde. **Informática pública**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 27-48, 2003.

DUBUC, I. F.; FERRARI, R. A. P. Adolescentes atendidos num serviço público de urgência e emergência: perfil de morbidade e mortalidade. **Revista eletrônica enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 250-258, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a10.htm>. Acesso em: 20 fev. 2007.

SCOREL, S. **Os dilemas da equidade em saúde**: aspectos conceituais. Disponível em: <www.opas.org.br/servico/Arquivos/Sala3310.pdf>. Acesso em: 18 maio 2005. 2007

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

FAJARDO-ORTIZ, G.; RAMÍREZ-FERNÁNDEZ, F. A. Utilización del servicio de urgencias en un hospital de especialidades. **Cirugía y cirujanos**, México, v. 68, n. 4, p. 164-168, 2000.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H. Organização das práticas de saúde e vulnerabilidade à diarreia infantil. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, p. 27-36, 2000.

FELISBERTO, E.; LEAL, C.; SAMICO, I. C. Referencia na atenção pediátrica: uma “emergência” em Pernambuco. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 9, p. 61-69, 1994.

FOLDES, S. S.; FISHER, L. R.; KAMINSK, K. What is an emergency? The judgments of two physicians. **Annals of emergency medicine**, Lansing, v. 23, n. 4, p. 833-840, 1994.

FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO JÚNIOR, J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 279-289, 2004.

GARAU, D. A. et al. Criterios de adecuación de ingresos en urgencias pediátricas. **Anales de pediatría**, Barcelona, v. 61, p. 445-446, 2004.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. A. S. Causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 995-1003, 2004.

GILL, J. M.; RILEY, A. W. Nonurgent use of hospital emergency departments: urgency from the patient's perspective. **Journal of family practice**, New York, v. 42, n. 5, p. 491-495, 1996.

GRUMBACH, K.; KEANE, D.; BINDMAN, A. Primary care and public emergency department overcrowding. **American journal of public health**, New York, v. 83, n. 3, p. 372-378, 1993.

GUIMARÃES, M. C. L. **O debate sobre a descentralização de políticas públicas**: um balanço bibliográfico. Disponível em: <www.revistaoes.ufba.br/include/getdoc.php?id=176&article=88&mode=pdf>. Acesso em: 23 nov.2007.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HINOJOSA, C. J. et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. **Atención primaria**, Barcelona, v. 28, n. 5, p. 326-332, 2001.

HOLANDA, A. N. C. **Avaliação de políticas públicas**: conceitos básicos, o caso do ProInfo e a experiência brasileira. Trabalho apresentado no VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública no Panamá, 2003. p. 28-31.

HORITA, R. M. M. et al. Características clínico-epidemiológicas dos atendimentos do pronto-socorro psiquiátrico do Hospital São Vicente de Paulo em 1995. **Revista de saúde do Distrito Federal**, Brasília, DF, v. 7, n. 3, p. 35-39, 1996.

IBGE. **Censos demográficos e contagem populacional**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popAL.def>>. Acesso em: 13 dez. 2007.

IBGE. Indicadores Sociais Mínimos. **Conceitos**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 12 maio 2008.

JACQUEMOT, A. G. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

KESSNER, D. M.; KALK, C.; SINGER, J. Assessing health quality – a case for tracer. **New england journal of medicine**, Boston, v. 288, p. 189-94, 1973.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 251-258, 2005.

KREGER, B. E., RESTUCCIA, J. D. Assessing the need to hospitalize children: pediatric appropriateness evaluation protocol. **Pediatrics**, Evanston, v. 84, p. 242-247, 1989.

LANDMANN, J. **Evitando a saúde e promovendo a doença**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

LEATT, P.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthcare papers**, Charlottesville, n. 1, p. 13-55, 2000.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática” - anos 80. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-97, 1991.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Epidemiologia. Coordenação de Análise Epidemiológica. **Perfil descritivo da vigilância epidemiológica**. Maceió, 2005.

MACEIÓ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Maceió 2006-2009: uma construção coletiva do SUS Municipal humanizado e solidário**. Maceió, 2006.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde**: as contribuições do projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp, Campinas, 2001.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

MARTINEZ, A. M. **Qu'est-ce donc qu'une urgence médicale?** Trabalho apresentado no III Simpósio Internacional de Atenção Pré-Hospitalar às Urgências e Traumas em Campinas, SP, 1997.

MÉDICI, A. C.; MACIEL, M. C. M. P. A dinâmica do gasto social nas três esferas de governo: 1980-1992. In: AFONSO, R.; SILVA, P. L. B. (Org.). **Descentralização e políticas sociais**. São Paulo: Ed. Unesp, 1996. p. 41-105.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 200-228.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Programa de Saúde da Família**: somos contra ou a favor? Só analisando antes, para dizer depois. Disponível em <<http://www.fcm.unicamp.br/departamentos/preventiva/revista/artigo.merhyfranco.htm>>. Acesso em: 15 maio 2004.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, Rede Básica e o Sistema de Saúde Brasileiro. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 177-184, 1993.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

NACÕES UNIDAS. **International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights** (CESCR). New York, 1996. Disponível em: <<http://www.ohchr.org/english/law/cescr.htm>>. Acesso em: 22 out. 2006.

NUNES, E. D. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. **Estudos de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, n. 5, p. 97-111, 1988.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 251-264, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales**. Geneva, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **What about boys?** A literature on the health and development of adolescent boy. Geneva, 2000.

ORTIGA, A. M. B. **Efeitos da Municipalização no Acesso e na Integralidade dos Serviços de Saúde, Blumenau, SC, 1994-1998**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 1999.

OVERBEEK, H.; KESS, V. P. Restructuring capital and restructuring hegemony. Neo-liberalism and the unmaking of the post-war order. In: HENK OVERBEEK (Ed.). **Restructuring hegemony in the global political economy**. The rise of transnational neo-liberalism in the 1980's. London: Routledge, 1993.

OTERINO, D. et al. Utilización inadecuada de um servicio de urgencias hospitalario. Uma evaluación com critérios explícitos. **Gaceta sanitaria**, Barcelona, v. 13, n. 5, p. 361-370, 1999.

PADGETT, D. K.; BRODSKY, B. Psychological factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of literatures and recommendations for research and improved service delivery. **Social science medicine**, Oxford, v. 35, p. 1189-1197, 1992.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p. 187-220.

PAIM, J. S. A Reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-487.

PAIM, J. S. Organização da atenção à saúde para a urgência/emergência. In: SILVA, L. M. V. (Org.). **Saúde coletiva: textos didáticos**. Salvador: Centro Editorial e Didático, Universidade Federal da Bahia, 1994. p. 149-168.

PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS, ISC, 2002.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PARDO, P. R. et al. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un servicio de urgencias. **Emergencias**, Madrid, v. 16, p. 111-115, 2004.

PEIRÓ, S. et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. **Medicina clínica**, Valencia, v. 107, n. 4, p. 124-129, 1996.

PEIXOTO FILHO, A. J. et al. Avaliação da gravidade dos atendimentos no Serviço de Emergência do Hospital Universitário da UFSC. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 91-95, 1991.

PENEFF, J. **Les malades des urgences**: une forma de consommation médicale. Paris: Métailié, 2000.

PENNA, M. L. F. **Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde**. Texto de apoio da Unidade I. Disponível em: <www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub06u1t2.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2007.

PIOVESAN, F. Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos. **Caderno pesquisa**, São Paulo, v. 35, n. 124, p. 43-55, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n124/a0435124.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2007.

PORTAL BRASIL. **Estados Brasileiros - Alagoas**. Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/estados_al.htm>. Acesso em: 14 dez. 2007.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

RIBEIRO, H. P. **O hospital**: história e crise. São Paulo: Cortez, 1993.

RIBEIRO, P. **Direito à saúde**: uma questão de respeito. Trabalho apresentado no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado no Rio de Janeiro em 2006. Disponível em: <http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Direito%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde_uma%20quest%C3%A3o%20de%20respeito.pdf>. Acesso: 18 maio 2006.

RIBEIRO, R. J. **A sociedade contra o social: o alto custo da vida pública no Brasil.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 713-724, 2006.

ROSSI, P.; FREEMAN, H.; MARK, L. **Evaluation: a systematic approach.** 6. ed. Thousand Oaks: Sage publications, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RUTSTEIN, D. D. et al. Measuring the quality of medical care: a clinical method. **New england journal of medicine**, Boston, v. 294, p. 582-588, 1976.

SALDANHA, C. R. M. **Avaliação do PSF em Juiz de Fora.** 2003. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivo/sala5325.pdf>>. Acesso em: 30 nov.2007.

SALLA, J. et al. Perfil de demanda de um serviço de Pronto Socorro, Santa Maria. **Saúde**, (Santa Maria), Santa Maria, v. 15, n. 1/2, p. 71-80, 1989.

SAMPAIO, L. F. R.; MENDONÇA, C. S.; AZEVEDO, E. G. **Apoio ao Programa Saúde da Família.** 2002. Disponível em: <[http://itd.bvs.br/itdmod/public/scripts/php/page_show_faq.php?lang=pt&menuId=8&filterId=122&search=\(%\)%20and%20\(_/\(filter\)\)&id=206](http://itd.bvs.br/itdmod/public/scripts/php/page_show_faq.php?lang=pt&menuId=8&filterId=122&search=(%)%20and%20(_/(filter))&id=206)>. Acesso em: 8 mar. 2007.

SAMPAIO, J. **Pensando a política pública de prevenção da AIDS implementada pela Secretaria de Saúde do Recife em 2001-2004.** 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2004.

SÁNCHEZ, M. ¿Urgências inadecuadas u oferta insuficiente? **Médecina clinica**, Barcelona, v. 123, n. 6, p. 619-620, 2004.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da Saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, 2001. Disponível em: <http://www.apsp.org.br/saudesociedade/X_2/os_instrumentos_normalizadores.htm>. Acesso em: 1 out. 2007.

SEMINÁRIO DO CONASS PARA CONSTRUÇÃO DE CONSENSOS, 1., 2003, Sergipe. **Atenção primária**. Brasília, DF: CONASS, 2004. (CONASS Documenta, v. 2). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/conass_documenta2.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2007.

SEMPERE, S. T. et al. Validez del Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias. **Revista española de salud pública**, Madrid, v. 73, n. 4, p. 461-475, 1999.

SEMPERE, S. T. et al. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors, and reasons: an approach with explicit criteria. **Annals of emergency medicine**, Lansing, v. 37, n. 6, p. 568-579, 2001.

SENANDE, B. E. et al. Adecuación de las derivaciones desde atención primaria al servicio de urgencias hospitalario en el Área 9 de Madrid. **Emergencias**, Madrid, v. 17, p. 215-219, 2005.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-89, 1994.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 331-339, 1999.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local**: sujeitos, atores e políticas. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. R. **Avaliação de programas públicos**: reflexões sobre a experiência brasileira. Relatório Técnico. Cooperação Técnica. BID-IPEA. Brasília, DF: IPEA, 2002.

SOARES, L. T. R. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez, 2000. (Coleção Questões da Nossa época, v. 78).

SOLLA, J. J. S. P. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 332-348, 2006.

SOPHIA, D. Normas operacionais: O que são? Como funcionam? **Radis - Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, p. 17-19, dez. 2002.

SOUSA, L. M. L. **O papel dos municípios na concretização dos direitos humanos.**

Disponível em: <http://aprendendodireito.com.br/doc.word/concretiza_direitos_humanos.doc>. Acesso em: 22 dez. 2006.

SOUSA, M. F. et al. Gestão da atenção básica: redefinindo contexto e possibilidades.

Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, v. 21, p. 7-14, 2000.

SOUSA, M. F. et al. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & saúde coletiva para a sociedade**, Rio de Janeiro, n. 15, 2007. Disponível em:

<www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=441>. Acesso em: 25 jan. 2007.

SOUZA, R. R. **O Sistema público de saúde brasileiro**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Destaque828.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2003.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Problemas da organização dos serviços de saúde no Brasil, na Bahia e na RMS. In: SILVA, L. V. (Org.). **Saúde coletiva: textos didáticos**. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994. p. 19-34.

TEIXEIRA, P. R. Políticas públicas em Aids. In: PARKER, R. **Políticas, instituições e Aids**. Enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 43-68.

THE GLOBAL FUND FOR CHILDREN. **The dangers of neglecting education for boys.**

Washington, 2002. Disponível em: <http://www.globalfundforchildren.org/pdfs/gfc_dangers_boys.pdf>. Acesso em: 15 set. 2007.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 429-435, 1998.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000.

VALDÉS, G. G. et al. Evaluación de la atención urgente en un centro de salud. Adecuación de la demanda. **Centro de salud**, [S.l.], p. 487-494, out. 2002. Disponível em:

<www.medynet.com/elmedico/publicaciones/ctrosalud2002/8/487-494.pdf>. Acesso em: 20 maio 2007.

VERA, C. F.; WERNER, A. F.; MASSRI, D. E. Complejidad de las consultas en un servicio de urgencia con consultorio municipal adosado. **Cuadernos de cirugía**, Valdivia, v. 18, p. 27-32, 2004.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 12-48, 1998.

VIANA, V. P. **A Universalidade do direito à saúde no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002)**. 2004. Tese (Doutorado) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, n. 3, p. 17-24, 1991.

VUORI, H. V. **Quality assurance of health service. concepts and methodology**. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1982.

WEINERMAN, E. R. et al. Determinants of use of hospital emergency services. **American journal of public health**, Stanford, n. 56, v. 7, p. 1037-1056, 1966.

YAMADA, A. T. T. et al. **Estudo do perfil da demanda do serviço de pronto socorro do hospital geral de Itaquaquecetuba**: relatório. São Paulo: FSP, USP, 2002. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2002/yam001.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2004.

APÊNDICE A

FORMULÁRIO DE PESQUISA

Nº de ordem _____

Nº do prontuário _____

Data do atendimento _____

Hora do atendimento _____

Data de nascimento _____

Faixa etária (anos completos): 0 a 4 () 5 a 9 () 10 a 19 () 20 a 29 () 30 a
39 () 40 a 49 () 50 a 59 () + 60 ()Sexo () F () M

Nome do município de procedência _____

Maceió (endereço) _____

Diagnóstico médico _____

Encaminhado para Internação () sim () não

Nome do Pesquisador _____

Data da coleta dos dados _____

ANEXO A

CRITÉRIO DE ADEQUAÇÃO

1. ABDÔMEN AGUDO
2. ABRASÃO DE CORNEA
3. ACIDENTE OFÍDICO
4. ACIDENTES POR ESCORPIÃO
5. AFOGAMENTO
6. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA
7. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL
8. AVC
9. AVCH
10. AVCI
11. AVUSÃO DE DENTES TRAUMÁTICO
12. CELULEITE PERI ORBITÁRIA
13. CERATITE FOTOELÉTRICA
14. CONTUSÃO TORÁCICA
15. CORPO ESTRANHO EM OROFARINGE
16. CORPO ESTRANHO NO OLHO
17. CRISE CONVULSIVA
18. EPILEPSIA
19. EVISCERAÇÃO DE OLHO
20. FRATURA EXPOSTA
21. HEMATOMA OCULAR
22. HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO
23. HEMORRAGIA DISGESTIVA ALTA OU BAIXA
24. HEMORRAGIA OCULAR
25. HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEA
26. HIFEMA TRAUMÁTICO
27. INTOXICAÇÃO EXÓGENA
28. ISQUEMIA CRÍTICA
29. LACERAÇÃO DE Córnea
30. LESÕES PENETRANTES
31. LINFANGITE NECROTIZANTE
32. PNEUMOTÓRAX
33. POLITRAUMATISMOS
34. QUEIMADURAS
35. TCE
36. TRAUMA DE FACE
37. TRAUMA OCULAR
38. TRAUMA RAQUIMEDULAR
39. TUMOR CEREBRAL

ANEXO B

**SESAU – SECRETARIA EXECUTIVA DE SAÚDE
UNIDADE DE EMERGÊNCIA DR. ARMANDO LAGES**

Missão

Prestar assistência médico-hospitalar de Urgência e Emergência à população, de forma eficaz, através de equipe multiprofissional.

ANEXO C



SARTEJ

CH

MS/DATASUS 59.40 UNIDADE DE EMERGENCIA DR ARMANDO LAGES 040-4315
 No. DO BE: 53150 DATA: 27/05/2004 HORA: 18:03
 SETOR: 04 - CLINICA PEDIATRICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: [REDACTED] DOC:
 IDADE: 4 ANOS NASC: 01/09/1999 SEXO: MASCULINO
 ENDereco: RUA SAO LUIZ NUMERO:
 COMPLEMENTO: BAIRRO:
 MUNICIPIO: ATALAIA UF: AL CEP: -
 NOME DA MAE: VALDEREZ DA SILVA
 RESPONSAVEL: MAE TEL:
 LOCAL DE PROCEDENCIA: ATALAIA
 MOTIVO DO ATENDIMENTO: CASO CLINICO ADULTO
 CASO POLICIAL.....: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA.....: NAO
 ACID. TRABALHO...: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

HISTÓRIA CLÍNICA

HORA DO ATENDIMENTO: _____

menor encaminhado do HGT para exame admissional
 em 2 dias e HD de pneumônio. Nox foi avaliado pelo curador
 (M. Carlos Augusto) que realizou exames físicos e USG abdome
 sugestivo de obstrução em PD
 sem sinais de apoplexia

SITUAÇÃO DO ATENDIMENTO: () ELETIVO () URGÊNCIA () EMERGÊNCIA

EXAME FÍSICO:

PA: X mmHg PULSO: [] bpm TEMP.: [] °C
 () LÚCIDO () SONOLENTO () CONFUSO () COMATOSO () OTORRAGIA
 GLASGOW (colocar pontuação): () abertura ocular () resposta verbal () resposta motora TOTAL: _____

RM supratentorial, estruturas limitadas, hipocampo do r
 PW - FCV, 25, 95%
 PA - MVE, sem MVE
 Abdome. globoso tenso, difusamente doloroso.

LAUDO EMITIDO

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

apendicite supurada

MÉDICO OU ODONTÓLOGO
 ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA DO ACADÊMICO

ANEXO D

UNIDADE DE EMERGENCIA DR. ARMANDO LAGES. MACEIÓ - AL

