

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS - UniEVANGÉLICA
MESTRADO EM SOCIEDADE, TECNOLOGIA E MEIO AMBIENTE

PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTA NA CIDADE DE ANÁPOLIS, GOIÁS, NO ANO DE 2012.

REGINA RIBEIRO DE CASTRO

ANÁPOLIS, GOIÁS

2014

REGINA RIBEIRO DE CASTRO

PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTA NA CIDADE DE ANÁPOLIS, GOIÁS, NO ANO DE 2012.

ANÁPOLIS, GOIÁS

2014

REGINA RIBEIRO DE CASTRO

PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA
ADULTA NA CIDADE DE ANÁPOLIS, GOIÁS, NO ANO DE 2012.

Dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, no Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, para obtenção do título de Mestre.

Professor orientador: Dr. Nelson Bezerra Barbosa

ANÁPOLIS, GOIÁS

2014

REGINA RIBEIRO DE CASTRO

PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTA NA
CIDADE DE ANÁPOLIS, GOIÁS, NO ANO DE 2012.

Anápolis, Goiás: ____________

Banca examinadora da Defesa

Nome	_____	_____
	Assinatura	Nota

Nome	_____	_____
	Assinatura	Nota

Nome	_____	_____
	Assinatura	Nota

RESUMO

Os serviços públicos de saúde devem ser capazes de oferecer integralidade na assistência e resolutividade aos problemas de saúde apresentado pela população. A Unidade de Terapia Intensiva é o setor hospitalar que atende os pacientes que não tiveram o problema de saúde resolvido na atenção básica, ou se encontram em risco de agravamento por condições que não puderam ser evitadas ou controladas. Ao refletir sobre doença, recuperação, gravidade e necessidade de internação em Unidade de Terapia Intensiva adulta, pensou-se em analisar o perfil de internações neste setor. Assim, o objetivo foi analisar o perfil das internações nas Unidades de Terapia Intensiva adultas de Anápolis, Goiás, no ano de 2012. Trata-se de uma pesquisa exploratória documental, retrospectiva, com abordagem quantitativa das informações obtidas em registros internos. Neste estudo foram identificadas variáveis que caracterizaram as internações. Verificou-se que a média de internações foi inferior a mil no ano, com prevalência do sexo masculino, principalmente no HUHS - Hospital de Urgências Henrique Santillo referência para vítimas de traumas; as faixas de idades mais presentes corresponderam às fases adulta mais avançada e idosa; sendo a média de permanência inferior à apresentada nos estudos de referência, com exceção do estabelecimento de saúde de atendimento ao trauma, que teve este valor consideravelmente maior. A maioria das procedências internas foi das unidades centro cirúrgico e pronto socorro. Os motivos prevalentes foram o IAM-Infarto agudo do miocárdio, AVE-Acidente vascular encefálico e a ICC- Insuficiência cardíaca congestiva; a taxa de mortalidade de 31%, sendo as causas mais frequentes de óbito o câncer, IRPA-Insuficiência respiratória aguda, ICC - Insuficiência cardíaca congestiva e o AVE-Acidente vascular encefálico; a maior incidência de óbitos por motivos foi o câncer, PCR-Parada cardiorespiratória e a DPOC-Doença pulmonar obstrutiva crônica; e, as CSAP-Condições Sensíveis à Atenção Primária que se destacaram foram o AVE-Acidente vascular encefálico, a ICC-Insuficiência cardíaca congestiva e a PNM-Pneumonia. A população acima dos 55 anos constituiu a maioria das internações e as doenças crônicas degenerativas, muito presentes nessa faixa etária, também prevaleceram nas internações. A exposição dessa população a maior probabilidade de internações por condições evitáveis de desvio na saúde, mostra que a atenção básica deve estar atuante na promoção de saúde e prevenção das doenças de maior incidência, evidenciadas nos estudos de morbimortalidade, bem como ofertando o acompanhamento e o tratamento efetivo de acordo com a demanda existente. Quanto à capacidade instalada de leitos na Unidade de Terapia Intensiva adulta, o resultado aponta que a quantidade ofertada foi suficiente para atender à demanda. Percebe-se que a Unidade de Terapia Intensiva adulta não é um setor hospitalar destinado somente para idosos e doentes em fase de morte. A taxa de sobrevivência neste setor é alta, com possibilidade da pessoa retornar ao pleno convívio social.

PALAVRAS-CHAVES: Saúde Pública; Morbidade; Mortalidade; Terapia Intensiva.

ABSTRACT

The public health services should be able to offer integral care and solution to health problems presented by population. The Intensive Care Unit is the hospital sector that serves patients who have not had the problem solved in basic health care, or are at risk for worsening of conditions which could not be avoided or controlled. Reflecting on illness, recovery, severity and need for hospitalization in Intensive Care Unit adult, it was thought to analyze the profile of hospitalizations in this sector. The objective was to analyze the profile of admissions in Intensive Care Units adult Annapolis, Goiás, in the year 2012. This is an exploratory-documentary research, retrospective study with a quantitative approach of the information obtained internal records. In this study variables that characterized the admissions were identified. It was found that the average hospitalization was less than one thousand in the year, with male prevalence, especially in HUHS - Hospital Urgencies Henrique Santillo, reference for trauma victims, bands corresponded to the present age more advanced and older adulthood; with an average of less than presented in the reference studies; with the exception of the health facility for trauma care; this value had considerably greater permanence. The majority of internal provenances was units surgical center and emergency room. The prevalent reasons were acute myocardial infarction, cerebrovascular accident, and congestive heart failure vascular; mortality rate of 31%, the most frequent causes of cancer death, acute respiratory failure, congestive heart failure and Stroke; the highest incidence of deaths from cancer was the reason, Cardiopulmonary arrest and chronic obstructive pulmonary disease; and the Primary Care Sensitive Conditions that stood out were the cerebrovascular accident and congestive heart failure; pneumonia. The population over age 55 constituted the majority of the admissions and chronic degenerative diseases, very present in this age group also prevailed in admissions. Exposure of the population most likely to hospitalizations for preventable conditions shift in health shows that primary care should be active in the promotion of health and prevention of diseases of greatest incidence, evidenced in studies of morbidity and mortality, as well as offering the monitoring and treatment effective according to the existing demand. As the installed capacity of beds in Intensive Care Unit adult, the result shows that the quantity supplied may have been sufficient to meet demand. It is noticed that the Intensive Care Unit is not an adult hospital sector meant only for the elderly and patients undergoing death. The survival rate in this sector is high, with the possibility of the person to return to full social life.

KEYWORDS: Public Health; Morbidity; Mortality; Intensive Care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Macrorregiões de Goiás	19
FIGURA 2	Mortalidade proporcional no estado de Goiás, em 2008 (todas as idades)	19
FIGURA 3	Identificação das Macrorregiões de Saúde do Estado de Goiás	49
FIGURA 4	Etapas do processo de reorganização da assistência segundo a NOAS-01/2002	55
FIGURA 5	Percentagem de mortalidade no Estado de Goiás em 2008	72
FIGURA 6	Percentagem de mortalidade em na cidade de Anápolis/Goiás em 2008	73
FIGURA 7	Internações nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital de Urgências e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012	88
FIGURA 8	Internações por sexo nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital Evangélico Goiano e Hospital de Urgência, Anápolis, Goiás, 2012	89
FIGURA 9	Internações por intervalo de idade nas unidades de terapia intensiva da Santa Casa e Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012	91
FIGURA 10	Distribuição das internações por intervalos de idades na unidade de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Anápolis, Goiás, 2012	91
FIGURA 11	Internações por intervalo de idade nas unidades de terapia intensiva adulta 1 e 2 do Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012	92
FIGURA 12	Distribuição do tempo de permanência em dias nas unidades de terapia intensiva da Santa Casa, Hospital Evangélico Goiano e Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012	95
FIGURA 13	Grupo de motivos das internações nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012	96
FIGURA 14	Distribuição dos principais motivos de internação nas unidades de terapia adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012	97

FIGURA 15	Quantidade de internações conforme especialidades médicas, nas unidades de terapia intensiva adultas 1 e 2 do Hospital de Urgência, Anápolis, Goiás, 2012	98
FIGURA 16	Distribuição dos desfechos das internações, nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital Evangélico Goiano e Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012	99
FIGURA 17	Distribuição dos desfechos das internações na unidade de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Anápolis, Goiás, 2012	100
FIGURA 18	Distribuição das internações nas unidades de terapia intensiva 1 e 2 do Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012	100
FIGURA 19	Distribuição dos desfechos das internações na unidade de terapia intensiva adulta do Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012	101
FIGURA 20	Distribuição dos principais motivos com desfecho em óbito nas unidades de terapia intensiva da Santa Casa e Hospital Evangélico, Anápolis, Goiás, 2012	102
FIGURA 21	Distribuição da permanência em dias dos desfechos em óbitos, das internações nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa, Hospital Evangélico Goiano e Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012	103

LISTA DE QUADRO

QUADRO 1	Conferências Nacionais de Saúde ocorridas no Brasil, no ano e temáticas de 1941 a 2003	32
QUADRO 2	Conceitos dos Princípios do Sistema Único de Saúde preconizados nas Leis 8080 e 8142 de 1990 e normas que se seguiram no Brasil	35
QUADRO 3	Conceitos Organizativos do Sistema Único de Saúde preconizados nas Leis 8080 e 8142 de 1990 e normas que se seguiram no Brasil	36
QUADRO 4	Média de ocorrência, elevação e redução das principais morbidades consideradas causas de óbitos em Goiás e Anápolis nos anos de 2000 a 2009.	70

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Descrição das percentagens de AIHs pagas em Goiás, nos anos de 2008 a 2012 por intervalos de idade	64
TABELA 2	Distribuição ordenada decrescente de óbitos no Brasil em 2010, por Unidade Federativa, na faixa etária de 15 a 80 anos e mais e % de óbito por população	67
TABELA 3	Distribuição ordenada decrescente de óbitos no Brasil em 2009, por Unidade Federativa, na população de 15 a 80 anos e mais e % de elevação de 2009 a 2010	68
TABELA 4	Média de óbito, elevação e redução anos 2000 a 2010, na população de 15 a 80 anos e mais, no Estado de Goiás, em Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis	71
TABELA 5	Distribuição das internações nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital de Urgência e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012	88
TABELA 6	Distribuição das internações por intervalos de idades nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa e Hospital de Urgência, Anápolis, Goiás, 2012	90
TABELA 7	Distribuição das internações por procedência geral de Anápolis e região, nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico, Anápolis, Goiás, 2012.	93
TABELA 8	Distribuição das internações por procedência interna, nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico, Anápolis, Goiás, 2012.	94
TABELA 9	Distribuição dos principais motivos de internação com tempo de permanência maior ou igual a 4 dias, nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012	97
TABELA 10	Distribuição dos desfechos das internações nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital Evangélico e Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012	99
TABELA 11	Distribuição dos desfechos das internações em óbitos por sexo, nas unidades de Unidades de Terapia Intensiva da Santa Casa, Hospital	101

Evangélico e Hospital de Urgências, ano 2012, Anápolis, Goiás.

TABELA 12	Distribuição dos óbitos por especialidade de internações nas Unidades de Terapia Intensiva 1 e 2 do Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012	103
TABELA 13	Distribuição das internações nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico por motivos com ocorrência superior a 20, sexo e desfechos, Anápolis, Goiás, 2012	104
TABELA 14	Distribuição dos motivos de internação nas Unidades de terapia intensiva da Santa Casa e Hospital Evangélico Goiano, descritos como condições sensíveis a atenção primária, Anápolis, Goiás, 2012	105

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIHs	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APAC	Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade
APS	Atenção Primária de Saúde
CADSUS	Cadastro Nacional dos Usuários do SUS
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEME	Central de Medicamentos
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIB	Comissão Intergestora bipartite
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIH	Central de Internação Hospitalar
CIs	Comissões Intergestoras
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMC	Central de Marcação de Consultas
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	Conselhos Municipais de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATAPREV	Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social
DFSP	Departamento Federal de Saúde Pública
DIPs	Doenças Inflamatórias Pélvicas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNRURAL	Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural
GIHs	Guias de Internações Hospitalares

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HUHS	Hospital de Urgências Henrique Santillo
HMJC	Hospital Municipal Jamel Cecílio
IAPAS	Instituto de Arrecadação da Previdência e Assistência Social
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IRPA	Insuficiência Respiratória Aguda
LBA	Fundação Legião Brasileira de Assistência
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho Indústria e Comércio
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Planos Diretores de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações e Serviços de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada Integrada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços do SUS
RNM	Ressonância Magnética

SAMS	Sistema de Atenção Médica Supletiva
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SDD	Sistema de Desembolso Direto
SES	Secretaria Estadual de saúde
SIH	Sistema de Informação hospitalar
SINPAS	Sistema Nacional da Previdência e Assistência de Social
SISREG	Sistema de Regulação Assistencial.
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAUMD	Autorização para Utilização e Manuseio dos Dados
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
TICP	Termos de Instituição Co-participante
TMP	Tempo Médio de Permanência
TP	Tempo de Permanência
UF	Unidades Federativas corrigir
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VMI	Ventilação Mecânica Invasiva

LISTA DE ABREVIATURAS DOS MOTIVOS DE INTERNAÇÃO

AVE	Acidente vascular encefálico
ATC	Arterioplastia coronariana
BAV	Bloqueio átrio-ventricular
DM	Diabetes mellitus
DPOC	Doença pulmonar obstrutiva crônica
IAM	Infarto agudo do miocárdio
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
IRC	Insuficiência renal crônica
IRPA	Insuficiência respiratória aguda
PCR	Parada cardiorrespiratória
PNM	Pneumonia
RM	Revascularização do miocárdio
RTU	Retirada de tumor

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	22
2.1.1 Modelos de atenção à saúde anterior ao Sistema Único de Saúde.....	23
2.1.2 O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e seus princípios doutrinários e organizativos	33
2.1.3 Níveis assistenciais do Sistema Único de Saúde.....	40
2.1.4 A organização da atenção regionalizada de saúde	45
2.1.5 A regulação assistencial e o desafio de universalização do acesso no Sistema Único de Saúde.....	50
2.1.5.1 Sistemas informatizados na regulação da assistência.....	52
2.2 A ALTA COMPLEXIDADE E OS SERVIÇOS HOSPITALARES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	56
2.2.1 Internação hospitalar geral e de Unidade de Terapia Intensiva adulta.....	61
2.2.1.1 Internações hospitalares	61
2.2.1.2 Internações em Unidade de Terapia Intensiva	74
3 METODOLOGIA.....	81
3.1. Tipologia.....	81
3.2. Locais de pesquisa	81
3.3. Amostragem e amostra	82
3.4. Coleta de dados.....	82
3.5. Tratamento, análise e interpretação dos dados	83
4. RESULTADOS	86
4.1. Internações segundo frequência de casos e distribuição por sexo	87
4.2. Internações por intervalos de idades	89
4.3. Internações por procedência interna e outros estabelecimentos de saúde de Anápolis e região	92
4.4. Tempo de permanência prevalente	94
4.5. Internações por motivos ou especialidades médica	95
4.6. Desfecho das internações.....	98
4.7. Motivos e internação descritos como condições sensíveis à atenção primária	105

5. DISCUSSÃO	107
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
REFERÊNCIA.....	114
APÊNDICE 1 – Instrumento de Coleta de Dados	
ANEXO 1 - Declaração da Instituição Co-Participante	
ANEXO 2 - Declaração da Instituição Co-Participante	
ANEXO 3 - Declaração da Instituição Co-Participante	
ANEXO 4 - Termo de Autorização Para Utilização e Manuseio de Dados	
ANEXO 5 - Termo de Autorização Para Utilização e Manuseio de Dados	
ANEXO 6 - Termo de Autorização Para Utilização e Manuseio de Dados	
ANEXO 7 - Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária	
ANEXO 8 - Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos	
ANEXO 9 - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos	

1 INTRODUÇÃO

Saúde e doença são condições humanas inerentes à vida. Inicia-se a vida a partir da concepção com a expectativa de que o crescimento e o desenvolvimento humano, venham seguir sem anormalidades. Do nascimento até as fases jovem e adulta em condições normais a doença é ausente. Contudo, anormalidades genéticas, hereditárias e agressividades externas podem ocasionar doenças em qualquer fase da vida humana.

Quando uma pessoa vive de modo inadequado (sedentarismo, tabagismo, alcoolismo), ou mesmo em condições naturais de envelhecimento, queixas funcionais e/ou doenças (hipertensão, diabetes, cardiopatias, dores articulares, demência), tendem a aparecer. Pela vulnerabilidade do ser humano, ressalta-se que a atenção à saúde é essencial em qualquer fase da vida, tenha a pessoa necessidade imediata ou não de intervenção.

A atenção à saúde no Brasil é amparada pelas Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), as contemplam como princípios fundamentais a integralidade, a universalidade e a equidade nos serviços prestados. A partir da implantação do SUS (Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 da Constituição Federal Brasileira de 1988), a população brasileira passou a ter acesso a um modelo de atenção à saúde diferenciada (BRASIL, 1990), do que anteriormente era ofertado, ampliando o acesso aos serviços.

No SUS todos os princípios são considerados de igual importância. No entanto, a abordagem da integralidade merece destaque, por envolver nos serviços prestados níveis de complexidade do baixo ao mais elevado. Esta tem como função, direcionar a assistência de modo a resolver o problema de saúde apresentado pela pessoa ou comunidade, que em circunstâncias individuais e diferenciadas podem necessitar de atendimentos em Hospitais e Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Mais que resolução dos problemas, a integralidade trata de todas as formas de ações e serviços disponibilizados na recuperação da saúde.

O capítulo II da Constituição Federal Brasileira de 1988, art. 7º, especificamente nos incisos II, XI e XII, refere-se à integralidade da assistência ofertada nos serviços públicos de saúde. O Inciso II a conceitua “como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. No inciso XI, refere que deve ser ofertada à população uma “conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde”. E, o inciso XII determina que os sistemas de saúde devam possuir a “capacidade de resolução em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990, p.3).

Para resolver os problemas que afetam a saúde da população brasileira, o SUS atua em redes interligadas e classificadas por níveis de atenção. Esses níveis correspondem à atenção primária, secundária e terciária. Na atenção primária de saúde, têm-se os atendimentos distrito/domiciliar (estratégia de saúde da família/ESF), e os centros de saúde (unidades básicas que realizam procedimentos simples). Respondendo pela atenção secundária distrital, estão as unidades de saúde e hospitais com leve incorporação tecnológica. E, a atenção terciária comporta os hospitais especializados de elevada densidade tecnológica e maior quantidade de recursos, visando corresponder com resolutividade à necessidade do usuário (COHN; ELIAS, 2003).

Quando a atenção primária e secundária da rede pública de saúde não está capacitada para oferecer o acompanhamento e o tratamento específico ao usuário, este deve ser encaminhado a um serviço de referência hospitalar com recursos disponíveis ao adequado atendimento (BRASIL, 2011b; CONASS, 2007a). Com o atendimento hospitalar, o usuário pode rapidamente recuperar sua saúde e receber alta ou ao contrário, apresentar piora no quadro ou risco de morte, sendo necessário o encaminhamento à UTI.

Os níveis de atenção à saúde se completam para atender a necessidade de saúde apresentada por uma pessoa ou população. Fazem-se presentes em todas as instâncias, desde ações preventivas às curativas. Contudo, a garantia de acesso aos serviços é influenciada pela demanda, a qual deve ser constantemente monitorizada e referenciada nos planos de saúde.

A demanda de atendimento é uma importante situação que afeta a prestação de serviços. A população brasileira tem apresentado nas últimas décadas mudanças na estrutura de crescimento, caracterizando o que se chama de “transição demográfica” (IBGE, 2010b; VIANA; POZ, 2005). Em 2010, calculou-se 190.732.694 habitantes no país, apresentando elevação de 12,3% (> 25 anos) comparado à década anterior, com aproximadamente 42% residentes na região sudeste. No geral as estatísticas têm mostrado a redução da natalidade, alta mortalidade da população jovem e aumento na expectativa de vida do adulto e idoso, alargando a pirâmide de faixa etária, com o crescimento da população adulta e idosa (IBGE, 2010b).

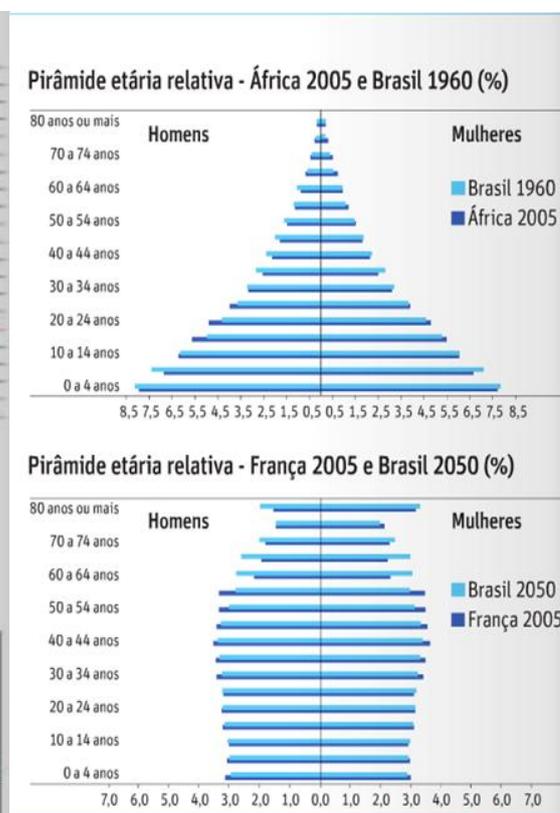
Na figura 1, visualizam-se as alterações no quantitativo da população adulta e idosa no país, com abaulamento da pirâmide de faixa etária nas idades acima dos 14 anos em 2010. A figura 2 mostra a projeção da pirâmide de faixa etária no Brasil para o ano 2050, situação de quase equiparação no quantitativo populacional de todas as idades para ambos os sexos, semelhante à pirâmide de faixa etária da França em 2005.

Figura 1 – Pirâmide de faixa etária no Brasil - ano 2010



Fonte: COSTA, 2010.

Figura 2 - Projeção da pirâmide de faixa etária no Brasil para o ano 2050



Fonte: COSTA, 2010.

Ao perceber o aumento na expectativa de vida do brasileiro, surge a preocupação com o aumento na incidência de doenças não-transmissíveis e crônicas na população adulta e idosa (COHON; ELIAS, 2003; BRASIL, 2011a), a qual influencia a demanda por serviços de saúde. É uma situação que exige a atenção para promoção da saúde e prevenção de doenças, uma vez que existem fatores de riscos modificáveis (sedentarismo, obesidade, tabagismo) nos hábitos de vida. A hospitalização por causas evitáveis se refletem em custos financeiros pessoais e no SUS, além de levar a situações (complicações, sequelas), que interferem na qualidade de vida.

Segundo informações sobre internações em Goiás e na cidade de Anápolis no ano de 2009, as morbidades mais frequentes em pessoas acima dos 50 anos de idade foram de causas circulatórias, respiratórias e digestivas. A incidência de internações nessa faixa etária teve por ordem decrescente, os seguintes motivos:

- por doenças circulatórias 26,6% em Goiás e 32,1% em Anápolis,
- as doenças respiratórias 21,1% em Goiás e 15,6% em Anápolis

- e as doenças digestivas com 10,2% em Goiás e 9,6% em Anápolis. As internações por lesões, envenenamentos e outras causas externas em Anápolis tiveram alta taxa de internação (23%) na faixa etária de 10 a 49 anos (GOIÁS, 2010a).

As doenças e suas complicações podem ser evitáveis ou amenizadas com adequado atendimento à saúde, oferecido na atenção primária (ALFRADIQUE *et al*, 2009; PERPÉTUO; WONG, 2006). É possível estabelecer ações de saúde preventivas direcionadas à população em risco, identificada nas análises de morbimortalidade das internações. Assim, é necessário o monitoramento dos agravos, aliado ao interesse comum de promover melhora na qualidade de vida partindo do envolvimento multiprofissional nos ambientes políticos, sociais, de saúde e científico.

Estar a par da capacidade instalada de serviços de saúde é uma importante tarefa de gestão. Os serviços de saúde de Anápolis possuem alta demanda local, além do referenciamento de usuários de outros municípios da macrorregião centro-norte. Somente a população jovem, adulta e idosa de Anápolis em 2010 correspondeu a taxa de 77% do total (IBGE, 2010a). Esta equivale à grande maioria da população, com possibilidade de adoecimento e internação.

As internações podem ocorrer por condições estáveis, as quais são tratadas em enfermarias ou quartos comuns ou por condições instáveis, quando há risco de morte, sendo a UTI o local indicado. Assim sendo, conceitua-se a UTI como um espaço hospitalar essencial àquele que necessita de acompanhamento especializado.

Na UTI são oferecidos cuidados profissionais especializados e recursos tecnológicos complexos (equipamento e tratamento sofisticado), nas 24 horas (MARINI; WHEELER, 1999), para assistência e monitoramento do doente com objetivo de reverter a gravidade. Devido a alta complexidade dos serviços prestados na UTI, considera-se importante a atenção gestora das esferas de governo e do SUS, pois neste setor é alta possibilidade de recuperação da pessoa doente, necessitando para isso de investimentos em recursos humanos, materiais e tecnológicos.

Estudos revelam que a taxa média de sobrevivência em UTI adulta varia de 75 a 80% (DOMINGUES, 2008; MATSUI, 2008; NOGUEIRA, 2008; OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2010). É a na UTI que muitos encontram a possibilidade de sobreviver, até mesmo sem ou com mínimas sequelas, podendo voltar ao convívio social (CASTRO *et al*, 2009).

Qualquer pessoa do nascimento à velhice pode necessitar de cuidados intensivos.

Podendo dessa forma afirmar que, estudos voltados para UTI denota alta relevância científica e política.

Muitas pessoas têm na UTI a oportunidade de recuperar-se de um estado grave de doença ou de suporte a vida em casos de risco à saúde. A Portaria MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998 estabelece critérios de classificação das unidades de terapia intensiva e as conceitua como (BRASIL, 1998, p. 01):

unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnósticos e terapêutica.

Quando se reflete a respeito dos estados de adoecimento, recuperação, gravidade e morte, logo a UTI é lembrada, trazendo indagações sobre: o perfil demográfico da população atendida; os motivos mais comuns nas internações; o tempo de permanência neste setor e se este interfere na recuperação; a prevalência nos desfechos dessas internações e como está a oferta de leitos em relação à demanda.

Diante dessas questões, o objetivo geral desta pesquisa foi analisar o perfil das internações nas UTIs adultas de Anápolis, ano 2012. E, os objetivos específicos foram:

- identificar e analisar os dados de internação segundo as variáveis: sexo, idade, tempo de permanência, mortalidade, procedência, desfecho (se alta para enfermaria/apartamento ou transferência para outro serviço de UTI), doenças ou agravos encontrados;
- identificar e analisar os motivos das internações identificados como condições sensíveis à atenção básica de saúde;
- descrever a capacidade instalada de leitos UTI adulta em Anápolis.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Desde a colonização do Brasil até os dias atuais, riquezas naturais e o trabalho humano são recursos de custo barato para os que dominam a economia. A trajetória política e administrativa do país é marcada por abuso do poder político e econômico com exploração da força física humana. Inicialmente, dos índios, escravos e mestiços na economia agrária e manufatureira e posteriormente, com exploração da força de trabalho na economia capitalista industrial (GOMES, 2007; COHN; ELIAS, 2003).

Em 1930, iniciou-se o trabalho assalariado. O trabalhador passou a receber por mês, o atualmente denominado “salário-mínimo”, valor estipulado para a carga de oito horas de serviços/dia. O salário mínimo deixou de ser reajustado no governo da ditadura militar e vem se mantendo com reajustes mínimos e defasados. Não distanciando do assunto saúde, salienta-se que a exploração do trabalho, a má remuneração e conseqüentemente a elevação da pobreza influenciam diretamente na qualidade de vida da população (ARQUIDIOCESE DE SP, 1985; COHN; ELIAS, 2003).

No Brasil, o século XX foi marcado por greves e mobilizações contrárias a exploração no trabalho, baixa remuneração e falta de respeito aos direitos humanos. Durante a ditadura militar (1964-1985), e principalmente, entre as décadas de 64 a 79 as lutas se intensificaram e a sociedade oposta ao governo foi duramente penalizada com exílios, torturas, desaparecimentos e mortes (ARQUIDIOCESE, SP, 1985).

A luta operária em torno dos direitos sociais e trabalhistas não foi em vão. O movimento pela reforma sanitária no país na década de 70 reuniu professores e estudantes universitários, profissionais diversos, populares e opositores políticos à ditadura militar, que por meio de longa e penosa jornada de pressão ao governo, forçou a reorganização das políticas sociais e de saúde no Brasil na década de 80 (ARQUIDIOCESE SP, 1985; COHN; ELIAS, 2003).

Neste capítulo a abordagem histórica da saúde no Brasil, ocorre a partir do século XX, período de grandes mudanças no modelo tradicional de atendimento privado e de campanhas sanitárias. As mobilizações ocorridas nessa época no país e no mundo levaram a discussões sobre a criação de um sistema nacional de saúde, voltado para a promoção de uma nova saúde pública.

2.1.1 Modelos de atenção à saúde anterior ao Sistema Único de Saúde

O controle de doenças como a cólera, varíola e a febre amarela que colocavam em risco o comércio nos portos do Rio de Janeiro e Santos no início do século XX, era o foco da atenção à saúde. Os portos eram locais de comércio e exportação, tornando o saneamento desses espaços a principal preocupação política em saúde do país. Diante da gravíssima condição sanitária do país nos anos de 1902 a 1906, Oswaldo Cruz (médico sanitário) foi convidado a assumir o Departamento Federal de Saúde Pública (DFSP), iniciando a intervenção Estatal na saúde por meio de campanhas de saneamento, vacinação e isolamento forçado de pessoas doentes apoiado pela polícia sanitária (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2007b; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005; SILVA, 2001).

Nas três primeiras décadas do século XX os municípios eram controlados pelos poderes econômicos locais, subordinados as oligarquias estaduais. A circulação de bens e serviços previa a cobrança de impostos interestaduais. Foi um período em que a população brasileira era predominantemente (70%), doente e analfabeta e os conflitos contra a exploração do trabalho no ambiente urbano eram frequentes e sempre reprimidos com violência (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Entre 1917 e 1919 as mobilizações e greves realizadas cobravam do Estado ações na saúde e assistência nos casos de morte e invalidez. As lutas ocorridas nesse período deram origem a Lei Elói Chaves (1923), mais como forma de diminuir a agitação e retornar a produção do que o reconhecimento das necessidades sociais da grande maioria da população. Essa Lei criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), legalizadas pelo Estado, financiadas e administradas por empresas e empregados, a qual criou uma espécie de fundo de seguro social (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2007b; COHN; ELIAS, 2003; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

As CAPs, eram restritas as empresas maiores, com mais de cinquenta funcionários, com adesão facultativa e limitada aos trabalhadores contribuintes e dependentes os quais recebiam assistência médica, pensão e aposentadoria (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2007b; COHN; ELIAS, 2003; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Em outra situação, os trabalhadores se filiavam em associações de auxílio mútuo ou contavam com a assistência dos hospitais públicos e instituições de caridade (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2007b; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

A criação das CAPs, marcou a década de 20 no país, por iniciar com o poderoso sistema previdenciário, mantido com as características controladora e excludente no trabalho

e na saúde. Data dessa época a herança do modelo empresarial e privativo de assistência médica no Brasil (COHN; ELIAS, 2003; SILVA, 2001).

Dada à revolução populista de 1930-1945, o poder político e econômico da oligarquia rural de café foi substituído pela oligarquia agrária de exportação, com intervenção do Estado na economia e na sociedade. Houve direcionamento da atenção política para os trabalhadores urbanos marginalizados, com a legalização da carga diária de trabalho em oito horas, salário mínimo e férias. Nesse período as CAPs foram unificadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), representados nas diferentes categorias profissionais, com intervenção administrativa e econômica do Estado (COHN; ELIAS, 2003; CONASS, 2007b; BAPTISTA, 2005; LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Nos IAPs, a arrecadação passou de percentual de faturamento da empresa (como ocorria nas CAPs), para percentual da folha de salário individual, mantendo a assistência restrita aos contribuintes e dependentes, havendo diferenciação dos benefícios e serviços conforme categoria profissional e arrecadação (COHN; ELIAS, 2003).

O crescimento do trabalho formal levou ao aumento na arrecadação de recursos para IAPs e a ameaça de não conseguir atender com benefícios a demanda. Nessa lógica, adotaram o regime de capitalização, no qual o patrimônio dos IAPs foi utilizado para a compra de propriedades estatais e ações de empresas privadas. Assim, recursos da Previdência foram empregados em imóveis e em alguns setores industriais: Hidrelétrica do Vale do São Francisco; Companhia Siderúrgica Nacional; Petrobrás e a construção de Brasília (*idem*).

Associado à prestação privada dos serviços médicos, com a arrecadação previdenciária, somou-se o atendimento desses profissionais, aos que por meio do emprego formal contribuía para o sistema. Para a população pobre e desempregada formalmente, restavam assistência médica ambulatorial e hospitalar simplificadas, oferecida nas Santas Casas e Instituições de caridade. As campanhas de saúde pública, a medicina privada e a previdenciária vigoraram como modelos de assistência à saúde até quase o final do século XX (CONHN; ELIAS, 2003; CONASS, 2006; CONASS, 2007b; SILVA, 2001).

Na década de 30 é criado o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), órgão responsável pela educação e saúde pública e o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC), regulador da assistência médica individual aos contribuintes da Previdência (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Em 1937, O MESP passa a ser o Ministério da Educação e Saúde, agindo com competência federal-administrativa de educação, saúde pública e de assistência médico-social (norteadas por 4 especialidades: Saúde

Pública; Assistência Hospitalar; Assistência aos doentes mentais; e, o Amparo a Maternidade e Infância), sendo o país dividido oito regiões de gestão: 1ª Região, Distrito Federal e Rio de Janeiro; 2ª Região, Acre Amazonas e Pará; 3ª Região, Maranhão, Piauí e Ceará; 4ª Região, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; 5ª Região, Sergipe, Bahia e Espírito Santo; 6ª Região, São Paulo e Mato Grosso; 7ª Região, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; 8ª Região, Minas Gerais e Goiás (BRASIL, 1937).

A desvinculação do Ministério da Educação e Saúde ocorreu em 1953 (Lei nº 1920 de 25 de julho). O Ministério da Educação passou a denominar-se Ministério da Educação e Cultura. O Ministério da Saúde (MS) passou a ter cargos e recursos próprios, assumindo todos os órgãos e serviços relacionados à saúde do antigo Ministério (CONASS, 2007b).

Com a crescente urbanização e expansão industrial ao final dos anos 50, inicia-se um novo processo de atenção à saúde do trabalhador, na lógica capitalista de elevação da produtividade (CONASS, 2007b).

De 1945 a 1964 a atenção política se manteve direcionada a superação de doenças da pobreza, as quais afetavam o desenvolvimento econômico do país (doenças transmissíveis e endêmicas). Contudo, no mundo discutia-se a inclusão do atendimento médico na saúde pública, com base no discurso de que a saúde era um pré-requisito para o desenvolvimento social e econômico do país, não sendo suficiente apenas combater doenças (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005).

Entretanto, no Brasil a segunda metade do séc. XX vivenciou o fortalecimento da medicina privada. Com a crescente urbanização e incentivos políticos a industrialização, mais pessoas foram formalmente inseridas no mercado de trabalho, gerando mais recurso financeiro para a Previdência Social. O enchimento do cofre previdenciário favoreceu o aumento da cobertura previdenciária para a população economicamente integrada; a manutenção do modelo médico-privado, individual e curativista; o surgimento de um complexo médico-industrial e de novas instituições hospitalares privadas lucrativas e não lucrativas (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2006; SILVA, 2001).

De 1964 a 1985 o povo brasileiro viveu sob o domínio político da ditadura militar, visando manter a ordem e o domínio das elites burguesas. O período de 69 a 74 foi marcado pelo chamado “Milagre Econômico”, provendo o crescimento da economia nacional com investimentos estrangeiros e crescente endividamento nacional, sem qualquer melhora na qualidade de vida da população. A intensa repressão e o autoritarismo nas décadas de 60 e 70 (governo Castelo Branco, Costa e Silva e Médici) repercutiram na saúde, intensificando o

crescimento do setor privado de saúde e unificando a assistência previdenciária (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2007b).

Em 1966 os IAPs, foram unificados em um único Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A Previdência Social se tornou ainda mais assistencialista e distante do controle social, investindo e apoiando a privatização da saúde no país. No INPS foram incluídos trabalhadores rurais, domésticos e autônomos (BAPTISTA, 2005; COHN; ELIAS, 2003; CONASS, 2007b; SILVA, 2001).

Consolidou-se a partir da década de 60 a crescente mercantilização da saúde, no modelo curativista e oneroso (ainda presente nos dias atuais), distante das reais necessidades e das condições socioeconômicas da maioria da população brasileira. Muitos enfrentaram péssimas condições de vida, fato que em meio a repressões militares e a falta de investimentos em saúde pública e pesquisa, elevou a mortalidade no país (BAPTISTA, 2005; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; SILVA, 2001).

Entre 1969 e 1984, houve expansão da rede hospitalar privada e de faculdades particulares de medicina. A elevação dos leitos hospitalares privados chegou a 465% com uso dos recursos da Previdência (até 70%), via investimentos, convênios e procedimentos superfaturados (COHN; ELIAS, 2003; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; SILVA, 2001). Segundo Silva (2001), o modelo privado de saúde desse período exibia as seguintes características:

- financiamento da Previdência Social;
- exclusão dos não contribuintes com a Previdência;
- ausência de fiscalização dos gastos;
- excessivas práticas curativistas;
- e mínimo impacto no quadro geral de saúde.

Em duas décadas (de 69 a 80), os gastos com a Previdência Social ultrapassaram os limites financeiros, tornando insuportável a manutenção dos serviços de saúde (CONASS, 2007b). Diante da crescente demanda e do alto custo de atendimento médico na previdência, criou-se as empresas de convênio, tendo o hospital como referência para atendimentos de saúde (BAPTISTA, 2005).

Ao final do regime militar, constatou-se grande elevação da pobreza contrastada com a concentração de renda de alguns. A forte crise política, econômica e social levou o governo militar a adotar a abertura das rígidas leis para o desenvolvimento, permitindo a gradual participação e expressão da sociedade (*idem*).

Na saúde, a sociedade oposta à ditadura militar criticava o acelerado crescimento da medicina privada na Previdência *versus* a pouca atenção à saúde pública. A abertura à participação social favoreceu o movimento pela reforma sanitária (1970-1980), aliando populares, representantes das secretarias de saúde, professores e universitários, com o desenvolvimento paralelo de iniciativas em saúde comunitária (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

Na década de 70, importantes instituições educacionais foram fundadas e integraram o movimento social e político de reforma nas políticas de saúde no Brasil. Cita-se apoiando o movimento, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Com isso surgiram os primeiros projetos de saúde comunitária, como modelo alternativo de atendimento no cenário de crise econômica na saúde (CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

Na região de Saúde de Montes Claros, em Minas Gerais (1972), foi gerado um projeto de cobertura em saúde, com baixo custo financeiro. A efetividade desse projeto deu origem (1975), ao Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), implementado em 1977, na região nordeste e em 1979, expandido para todo do país, apoiado por instituições norte-americanas, pelo MS e MPAS. Com o PIASS, ampliaram-se postos e centros locais de saúde pública oferecendo atendimento médico simplificado aos pobres. Foram as primeiras experiências de municipalização da saúde a nível ambulatorial, ocorrendo a relação entre secretarias estaduais e municipais (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2006; CONASS, 2007b; SILVA, 2001).

Outro trabalho em saúde comunitária desenvolvido na década de 70 apresentou resultados positivos na redução da mortalidade infantil. Em 1974, a população de Planaltina/DF (em 1974), apresentava baixas condições sociais e sanitárias e dispunha de um centro de saúde. Com o apoio da Universidade de Brasília, das Secretarias de Serviço Social e de Saúde do Distrito Federal, do FUNRURAL e Fundações, auxiliares de saúde foram treinadas para acompanhamento de gestantes, mães e crianças. Esse trabalho levou a diminuição dos atendimentos de emergência de crianças e reduziu a mortalidade infantil na região (BRASIL, 2010).

Durante e ao final do regime militar a Previdência Social recebeu destaque mediante a relação mantida com a classe trabalhadora e recursos financeiros. Para gerir essa máquina política e econômica em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Nesse período foram registrados os maiores índices de acidentes de trabalho,

havendo em contra partida a (re)burocratização da assistência previdenciária para o acidentado (COHN; ELIAS, 2003; CONASS, 2007b).

Em 1977 é criado o SINPAS (Sistema Nacional da Previdência e Assistência de Social), para organizar e articular saúde, previdência e assistência dentro do MPAS. Este separou as responsabilidades entre as três autarquias componentes do sistema. Os benefícios sociais (pensões, aposentadorias, auxílios), ficaram sob a responsabilidade do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social); a assistência médica no INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social); e o IAPAS (Instituto de Arrecadação da Previdência Social), responsável pela organização financeira do sistema (BAPTISTA, 2005; COHN; ELIAS, 2003; CONASS, 2007b).

Além do INPS, INAMPS e o IAPAS faziam parte do SINPAS: o DATAPREV (Empresa de Processamentos de Dados da Previdência Social), a LBA (Fundação Legião Brasileira de Assistência), a FUNABEM (Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor) e a CEME [Central de Medicamentos] (*idem*).

Mesmo após a reorganização ministerial da saúde e da previdência, continuou o retardamento burocrático de concessão dos benefícios, aliado a política de favores e eleitoreira, constituindo o que historicamente ocorre no Brasil: o privado se apropriando dos recursos públicos (COHN; ELIAS, 2003).

A prevalência do modelo de assistência à saúde individual, curativa e privada prevaleceu até o final da década de 80, levando ao total esquecimento o setor público de saúde. As crises sociais, econômicas e políticas ocorridas nesse período desencadeou o processo de redemocratização do país, visando o estabelecimento de políticas públicas democratizantes (CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

Uma expressão internacional de urgência em torno de ação social e política para a promoção da saúde pública e desenvolvimento social no mundo foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (Cazaquistão), em 1978. O relatório dessa conferência está contido na Declaração de Alma-Ata (CONASS, 2007b; OPAS, 1978; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

A Declaração de Alma-Ata considera e descreve conforme conceito da OMS, que a saúde não é apenas a ausência de doença ou agravo, mas envolve o bem estar humano. Discute as desigualdades sociais dos povos de países em desenvolvimento e responsabiliza o governo e a comunidade mundial pela precária condição de vida da população marginalizada. Estimula investimentos em saúde por parte dos países desenvolvidos. E, considera que a atenção básica de saúde se fundamenta em (CONASS, 2007, p. 60; OPAS, 1978, p.1):

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação [...]. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

As reflexões da Declaração de Alma-Ata mobilizou o mundo para as questões das iniquidades sociais que ocorriam no Brasil e outros países marginalizados. Ela influenciou o movimento de reforma sanitária, baseando temáticas na VII Conferência Nacional de Saúde no Brasil (1980) e na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá [1986] (OTTAWA, 1986; CONASS, 2007b).

Na década de 80 ocorria no mundo a movimentação social em torno de ações políticas inclusivas. Com esse efeito, o PIASS ocorria no país como uma iniciativa que veio a favorecer a reorganização do Sistema Nacional de Saúde. Baseado na ideologia do PIASS, a tentativa de criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PrevSaúde/ano 1980), propôs uma nova política de financiamento e reformulação das prioridades nas políticas de saúde, até então moldada no sistema privado de saúde. Infelizmente, o PrevSaúde foi barrado por interesses do próprio governo (INAMPS) e entidades do setor privado de saúde (CONASS, 2007b; SILVA, 2001).

Como no início da década de 80 a Previdência Social estava em grave crise, criou-se o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp), para analisar a origem dos problemas. O relatório demonstrou que a Previdência era inadequada, insuficiente, desprestigiada e clientelista. Diante dessa situação crítica e atentando para as propostas dos movimentos sanitários e do plano PrevSaúde, formulou-se o Plano de Reorientação da Assistência e Previdência Social, também chamado Plano CONASP (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2006; CONASS, 2007b, SILVA, 2001).

Com o Plano CONASP, as Guias de Internações Hospitalares (GIHs), foram substituídas pelas Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs), passando a pagar por diagnósticos e procedimentos, não mais por unidades de serviço como nas GIHs. A criação das AIHs viabilizou a informatização dos atendimentos, possibilitando o controle dos gastos e o planejamento da oferta de serviços de saúde. Contudo, todo esse arranjo ocorreu com base no modelo de atendimento médico centrado no INAMPS (*idem*).

Enfim, inspirado no PIASS (que já vinha acontecendo em algumas regiões do país) foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), posteriormente

denominado de AIS. Implantadas em 1983, as AIS representaram um modelo de atenção médica, urbana e gratuita a toda população, oferecido em unidades mantidas por convênio entre Ministério da Saúde, INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde. As AIS iniciaram o processo de reorganização do sistema de saúde, rumo a descentralização política e financeira (*ibidem*).

As experiências vivenciadas nas AIS nortearam as discussões sobre a reforma e unificação do sistema de saúde nos bastidores políticos do país. Diante da efetividade dos serviços prestados pelas AIS, em 1986 o MS promoveu a maior mobilização política e sanitária da segunda metade do século XX, a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Nela foram discutidas as bases doutrinárias para um novo sistema público de saúde, com garantia do acesso aos serviços de saúde e reformulação nas diretrizes do Sistema Nacional de Saúde e modos de financiamento. Essas temáticas basearam a Reforma Sanitária do país e influenciaram na elaboração da Seção Saúde da Constituição Brasileira de 1988 (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

Uma etapa inicial de construção de um sistema de atenção nacional à saúde foi o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implantado pelo Governo Federal em 1987. No SUDS os Estados passaram a possuir maior autonomia orçamentária para investimentos na saúde retirando parte do poder centralizador do INAMPS. As estruturas do INAMPS passaram para o controle das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), suas unidades assistenciais passaram para gestão estadual, sendo municipalizadas em 1990 (BAPTISTA, 2005; COHN; ELIAS, 2003; CONASS, 2007b).

Seguindo a proposta de reorganização descentralizada da saúde no país, o INAMPS foi extinto (Decreto nº 99.060/90). Com isso criou-se o Instituto Nacional de Seguridade Social (atualmente INSS), integrado ao Ministério da Previdência Social e o MS assumiu todas as responsabilidades com a saúde, com recursos provenientes de cotas tributárias da seguridade social, União, Estados, Municípios e Distrito Federal acrescido de outros, constituindo o Fundo Nacional de Saúde [FNS] (CONASS, 2007b; COHN; ELIAS, 2003).

Mais que uma ampliação das políticas sociais, o setor saúde passou a receber atenção direta do MS e SES. Com o SUDS as sedes do extinto INAMPS passaram para as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), a qual distribuía os recursos federais para pagamentos de AIHs para os municípios e prestadores (COHN; ELIAS, 2003).

Deve-se ressaltar que, o processo de descentralização técnica e administrativa da saúde ocorreu a partir de uma crise socioeconômica iniciada em 1930, que se intensificou ao

final da ditadura militar, levando a movimentação popular e ao esgotamento do modelo de assistência à saúde centrada na Previdência (*idem*).

No quadro 1, é apresentado parte das discussões ocorridas nas Conferências Nacionais de Saúde. Essas foram o reflexo das mobilizações sociais e políticas ocorridas no século XX, direcionando a construção de um sistema de saúde pública mais próximo das reais necessidades da população, antes discriminada no modelo privatista.

QUADRO 1 Conferências Nacionais de Saúde ocorridas no Brasil, ano e temáticas de 1941 a 2003.

Conferência Nacional de Saúde (CNS)	Ano	Discussão
I	1941	Reorganização do Ministério da Educação e Saúde Pública em Ministério da Educação e Saúde/Lei nº 378 de 1937. Combate a doenças específicas (tuberculose e hanseníase)
II	1950	Não existe registro formal.
III	1963	Treze anos após a segunda com os temas: atividades sanitárias , nas esferas administrativas federal, estadual e municipal. Municipalização dos serviços de saúde . Estabelece o Plano Nacional de Saúde .
IV	1967	Primeira após o golpe militar, com pouca participação social, cujo tema abordou a formação do profissional de saúde e as responsabilidades das universidades e escolas superiores de saúde.
V	1975	Reconhecimento das disparidades institucionais no sistema de saúde: MS/Saúde coletiva e MPAS/modelo médico individual e liberal (compra e venda de serviços). Submissão das políticas de saúde ao Conselho de Desenvolvimento Social .
VI	1977	Controle das endemias; extensão dos serviços básicos de saúde ; inclusão de novos diplomas legais básico de saúde; interiorização dos serviços de saúde e a Política Nacional de Saúde .

Continuação

QUADRO 1 Conferências Nacionais de Saúde ocorridas no Brasil, ano e temáticas de 1941 a 2003.

Conferência Nacional de Saúde (CNS)	Ano	Discussão
VII	1980	Influenciada pela Conferência de Alma-Ata com temas: ações de saúde, odontologia e nutrição na atenção básica, buscando participação e legitimidade; recursos humanos para atenção básica; organização e regionalização dos serviços de saúde.
VIII	1986	Criação de bases doutrinárias para um novo sistema público de Saúde. Os temas foram: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão; reformulação do Sistema Nacional de Saúde; financiamento.
IX	1992	Implementação do SUS; financiamento, democratização das informações e controle social.
X	1996	Saúde integral, cidadania, qualidade de vida e políticas públicas (gestão, organização, financiamento, recursos e controle).
XI	2000	Responsabilidades jurídicas e legislativas na garantia do acesso, qualidade e humanização do atendimento; recursos humanos e financeiros; controle social; educação e comunicação no SUS.
XII	2003	Saúde como direito de todos e dever do estado. Responsabilidades, recursos, seguridade social, gestão participativa e controle social, intersectorialidade, ciência e tecnologia.

Fonte: CONASS, 2007b; ESCOREL; BLOCH, 2005.

A progressão das temáticas abordadas nas CNS colocou à amostra situações de descaso na saúde e de urgência de mudanças nos modelos assistenciais, com vista à promoção e ampliação do atendimento público de saúde.

Com os movimentos sociais e políticos, Conferências Internacionais e Nacionais de Saúde que aconteceram no mundo levaram às mudanças na saúde, estruturando a organização e implantação de um novo modelo, voltado para a saúde pública. Saúde pública,

entendida como (CONASS, 2007c), a mobilização social e política para melhora e proteção da saúde individual e coletiva, ultrapassando o intervencionismo e garantindo o acesso ao atendimento de qualidade.

Foram os movimentos pela reforma sanitária no país, reivindicando a ampliação no acesso à assistência em casos de doença, complicações e morte que desencadearam os modelos comunitários (PIASS/AIS), de ações em saúde, priorizando as necessidades da população local e modificando indicadores de morbimortalidade no país. As evidências de melhora no estado de saúde da população carente, mediante o atendimento e acompanhamento básico, viabilizaram a institucionalização do SUDS (1987), e em seguida o Sistema Único de Saúde (SUS/1990).

2.1.2 O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e seus princípios doutrinários e organizativos

Convocada pelos Ministérios da Educação, Previdência e Assistência Social e Saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), debateu sobre as necessidades de saúde reivindicadas pela população. O relatório dessa Conferência baseou a Seção Saúde da Constituição Federal de 1988, entendendo a saúde como direito de todos e resultante de políticas públicas. Assim, decidiu-se que seria necessário a criação de um sistema de saúde unificado e organizado a partir dos princípios de universalidade e equidade no acesso e integral no atendimento, e que para tanto deveria ser descentralizado e aberto à participação da comunidade (COHN; ELIAS, 2003; CONASS, 2006; CONASS, 2007b; BAPTISTA, 2005; ESCOREL; BOCH, 2005).

Após debates e disputas de interesses na Assembleia Nacional Constituinte, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi aprovado. A partir daí as entidades federal, municipal e estadual se tornaram responsáveis e provedores de recursos para atender aos agravos e problemas de saúde de toda a população. Não se excluindo a permanente responsabilização e participação social no processo de elaboração e efetivação do SUS (CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

Após dois anos da institucionalização do direito a saúde, o SUS foi efetivamente implantado, de acordo com as Leis 8.080 e 8.142 de 1990. Deu-se início a uma reforma na política pública brasileira de atenção a saúde, com a reestruturação da oferta de serviços, anteriormente centralizadora, excludente e dispendiosa (COHN; ELIAS, 2003; CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

Assim, pode-se dizer que “o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, a cidadania regulada” (CONASS, 2006, p.25).

A Lei Orgânica da Saúde, n 8.080 publicada em 1990, descreve a responsabilidade do Estado com a saúde pública e estabelece critérios para organização dos serviços, visando proteger, promover e recuperar a saúde (BRASIL, 1990; CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

Na Lei 8.142 de 1990, foram institucionalizados os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, atendendo a expressiva manifestação popular de participação no SUS e definindo os mecanismos de financiamento do setor (CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

Determinou-se que financiamento do SUS (Decreto n. 1.232, de 30 de agosto de 1994), seria proveniente dos orçamentos da Seguridade Social, da União e outras fontes, mediante a apresentação e aprovação do Plano de Saúde. Ao Ministério da Saúde coube deliberar os critérios e as condições para aprovação do Plano de Saúde (CONASS, 2007b).

Na reorganização do Sistema Nacional de Saúde as ações e serviços foram regionalizados e hierarquizados efetivando a descentralização técnica e política da saúde nos estados e municípios brasileiros. Em contrapartida a autonomia concedida a gestão da saúde teve que se compromissar em prover acesso universal aos serviços, equidade, integralidade e resolutividade no atendimento assegurando a participação e o controle social (BRASIL, 2010; CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

Em 2000, já constava 90% de adesão dos municípios à descentralização da saúde. Êxito sim, mas com contradições entre os participantes, quanto à questão de se ter maior ou menor autonomia para gestão efetiva da saúde (SILVA, 2001).

Segue o quadro 2, com os conceitos que fundamentaram e mantêm a gestão das ações e serviços do SUS:

QUADRO 2 Conceitos dos Princípios do Sistema Único de Saúde preconizados nas Leis 8080 e 8142 de 1990 e normas que se seguiram no Brasil.

PRINCÍPIOS DO SUS	CONCEITO
Universalidade de acesso	Acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
Integralidade	Articulação e continuidade do atendimento à saúde da pessoa ou comunidade, conforme cada caso, nos níveis de complexidade do sistema que atuam na promoção, prevenção e recuperação da saúde.
Resolutividade	Resolução do problema de saúde nos níveis de atenção do sistema.
Equidade	Acesso universal com base na necessidade de cada um de acordo com sua necessidade e suas possibilidades, sem preconceitos e/ou privilégios.

Fonte: CONASS, 2007b.

Todos os princípios do SUS asseguram o atendimento de saúde conforme a necessidade apresentada pelo usuário ou comunidade. Contudo, os conceitos de integralidade e universalidade deixam uma lacuna referente ao quantitativo suficiente de oferta dos serviços que possam atender em tempo oportuno a necessidade de saúde de toda população brasileira.

O conceito amplo de universalidade abrange a garantia de oferta de serviços de saúde que atenda a demanda, não somente na complexidade necessária, mas tão importante quanto no momento adequado, prevenindo complicações e sequelas relacionadas ao tempo de espera por atendimento.

A garantia de acesso universal, integral e resolutivo na assistência à saúde constitui grande desafio para o SUS, frente ao reduzido investimento e crescente demanda (BRASIL, 1990; CONASS, 2006; CONASS, 2007b; SOUZA, 2001). Diante da situação econômica e política no mundo (e de mudança do perfil epidemiológico e demográfico), não é possível ao sistema de saúde ofertar a totalidade dos serviços a todos os cidadãos. Uma nova interpretação do conceito de integralidade revela que esta implica na resolutividade dos serviços prestados, principalmente aos excluídos socioeconomicamente (CONASS, 2006).

Observado os princípios doutrinários do SUS, de igual importância para o seguimento das ações e serviços são os princípios organizativos. Estes direcionam a gestão para o planejamento de suas atividades mediante o conhecimento das especificidades e diversidades regionais e locais (BAPTISTA, 2005).

A seguir o quadro 3, com conceitos dos princípios organizativos do SUS:

QUADRO 3 Conceitos Organizativos do Sistema Único de Saúde preconizados nas Leis 8080 e 8142 de 1990 e normas que se seguiram no Brasil.

MODELO ORGANIZATIVO DO SUS	CONCEITO
Descentralização	Redistribuição processual do poder político na saúde, reorganizando o sistema a partir da redefinição dos papéis e das formas de relação intergovernamental, reorganização e reformulação das práticas com abertura ao controle social.
Regionalização	Articulação e mobilização por parte da gestão estadual e municipal, considerando características geográficas, fluxo, consórcios intermunicipais e outras relações cooperativas.
Hierarquização	Integração e organização executiva dos serviços públicos de saúde, meio ambiente e saneamento, com conjugação dos recursos da União, Estadual, Federal e Municipal, de acordo com a capacidade resolutiva.
Redes de atenção	Ações e serviços de saúde integrados.

Fonte: CONASS, 2007b.

A descentralização política, técnica e administrativa da saúde foi primordial para implementação do SUS (SOUZA, 2001). A gestão regional da saúde ficou mais próxima da população, possibilitando direcionar ações e serviços de saúde, de acordo com as necessidades vivenciadas na localidade. Com isso, os municípios devem responder pela gestão dos programas de saúde pública, da atenção básica e da regulação das internações e consultas nas redes hospitalares públicas e agregadas ao SUS (ARRETCHE; MARQUES, 2002; CONASS, 2007b; SES/GO, 2008).

Com o SUS, o modelo de atenção à saúde deixou a forma de assistência hospitalar fragmentada e privada, passando para o modelo de assistência universal, integral e equânime, organizado de forma regionalizada e hierarquizada. É uma política de atenção à saúde

envolvendo as três esferas de governo (união, estados e municípios) e a comunidade (CONASS, 2007b; COHN; ELIAS, 2003).

Na efetivação do SUS houve necessidade de organizar responsabilidades e competências, fundamentadas na Lei Federal 8080/90, aprovadas nos Conselhos de Saúde. Cada esfera de governo se tornou responsável pela formulação e execução de políticas sociais, objetivando reduzir riscos e agravos à saúde e assegurar a universalidade e a equidade ao acesso [gestão planejada e não mais por demanda espontânea ou intervencionista] (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006; CONASS, 2007b).

O Conselho Nacional de Saúde, assim como os Conselhos Estaduais e Municipais é formado por representantes dos usuários, trabalhadores e prestadores de serviços. Na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) composta pelo MS, o CONASS e o CONASEMS deliberam políticas e programas nacionais de saúde. Na esfera estadual, representantes da gestão estadual e municipal formam a Comissão Intergestora Bipartite, atuando na formulação de estratégias e no controle de execução da política estadual de saúde. Os gestores municipais e estaduais formam a Comissão Intergestora Regional, os quais formulam e controlam a execução da política municipal e regional de saúde, promovendo ações e serviços de saúde integrados e o direcionamento dos recursos (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006; CONASS, 2007b).

Os Conselhos de Saúde são órgãos que representam o controle social a que o sistema deve estar submetido. Dentre as competências comuns desses destacam-se: participação na elaboração do plano e normas da saúde e estratégias emergenciais; acompanhamento dos orçamentos e recursos destinados à saúde; definição de mecanismos de controle e fiscalização na saúde e meio ambiente; democratização das informações ambientais e de saúde; formação e atualização de profissionais de saúde; realização de estudos e pesquisas; implementação do Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados entre outras (*idem*).

A reorganização política da saúde para construção de um sistema de saúde universal, igualitário e descentralizado, exigiu a legitimação das atividades por meio de normas e pactos entre gestores da saúde. As normas e pactos orientam a gestão do SUS, garantindo um salto qualitativo nas ações e serviços, no uso dos recursos alocados e na confiabilidade social. Baseadas na Constituição de 1988, e nas Leis 8080/90 e 8142/90, as normas legalizam e instrumentalizaram a formulação, a execução, a fiscalização e a avaliação dos Planos de Saúde. Essas são: as Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOB) e a Norma Operacional da Assistência [NOAS] (CONASS, 2007b).

As normas e acordos realizados e pactuados entre os gestores da saúde têm como objetivos: o ótimo emprego dos recursos públicos, a garantia de atenção à saúde de forma igualitária e integral a toda população (principalmente a mais carente), e a redução das desigualdades socioregionais no país (*idem*).

Com as normas do SUS foram redefinidas as responsabilidades dos estados, municípios e Distrito Federal. Elas estabelecem o planejamento ascendente das políticas de saúde e estimulam a gestão compartilhada. A seguir em resumo, as Normas e Pactos que orientaram e orientam a gestão do SUS (BRASIL, 1990; CONASS, 2007b; SOUZA, 2001; SILVA; LIMA, 2005).

➤ Normas operacionais básicas (NOBs):

- NOB 01/91. Resolução INAMPS/MS nº 258 de 7 de jan. 1991. Reeditada na Resolução nº 273 de 17 de jan. Define e regulamenta a nova política nacional de financiamento do SUS, para implantação e operacionalização do Plano da Saúde. Determina o cumprimento da Lei 80142/90 sobre a criação dos Conselhos Estaduais e Municipais e dos Fundos de Saúde para o repasse financeiro, mediante o Plano da Saúde e o Relatório de Gestão (abordando o plano elaborado e executado, finalidades e resultados). Centralista, reconhece as secretarias estaduais e municipais como prestadora dos serviços, estabelece a gerência municipal das unidades básicas (não em rede), e cria a Unidade de Cobertura Ambulatorial para repasse financeiro do INAMPS.

- NOB/92. Portaria INAMPS/MS nº 234 nº 234 de 7 de fev. 1992. A estrutura da anterior é mantida, mas reforça a cogestão e o planejamento ascendente da saúde. Cria o Pró-Saúde, um Programa para a Reorganização dos Serviços de Saúde. Reajusta o repasse financeiro mensal aos Hospitais do SUS.

- NOB/93. Portaria GM/MS nº 545 de 20 de mai. 1993. Institucionaliza as Comissões Intergestoras, Tripartite e Bipartite e as decisões compartilhadas. Impulsiona a municipalização. Qualifica as gestões municipais em incipiente, parcial e semiplena.

- NOB/96. Portaria GM/MS nº 2.203 de 5 de nov. 1996. Baseada na X CNS, redefine a gestão do SUS, viabilizando a atenção integral à saúde e disciplinando a relação entre as três esferas gestoras do sistema. Consolida a municipalização e delega o pleno exercício para gestão municipal da saúde e atenção básica. Redefine as responsabilidades da União e Estados; os modos de transferências ao Fundo de Saúde conforme o Piso da Atenção Básica (PAB) Municipal ou Estadual (referentes aos municípios não habilitados), e de acordo

com os planos de saúde ascendentes, pactuados e integrados na rede; a formulação, execução, controle e avaliação dos Planos de Saúde e condições de financiamentos.

➤ Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2001). Portaria GM/MS nº 95/2001 de 26 de jan. 2001. Orienta e fortalece a gestão do SUS e a gestão municipal, com ampliação do acesso e qualificação da atenção básica (com recursos do PAB-ampliado). Atualiza critérios de habilitação e desabilitação dos estados e municípios. Define os modos de avaliação, controle e regulação da assistência. Cria os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimentos (PDI), introduzindo o modelo de redes de assistência regionalizadas, integradas e resolutivas. Define sobre o conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade, referenciado na microrregião de saúde. Dispõe da organização, referenciamento da alta complexidade e do alto custo no SUS.

- NOAS-SUS 01/2002. Portaria GM/MS nº 373/2002 de 27 de fev. 2002. Estabelece o comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade. Fortalece a gestão estadual sobre as referências intermunicipais. Constitui um Grupo de Trabalho, com representação tripartite. Amplia responsabilidades municipais com Atenção Básica. Estabelece o processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde para maior equidade na atenção à saúde. Atualiza os critérios de habilitação e desabilitação estadual e municipal; de organização da média e alta complexidade; de programação pactuada integrada da assistência (PPI) aprovada pela CIB; de responsabilidades na garantia ao acesso referenciado; e o processo de avaliação, controle e regulação da assistência. Define que os hospitais públicos receberão recursos de acordo com as metas alcançadas.

➤ Pacto pela Saúde. Articula o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fev. de 2006. Acordo interfederativo de gestão pública do SUS para responsabilização sanitária baseada em resultados. Estrutura as regiões sanitárias. Fortalece as Comissões Intergestoras Bipartite (CIB). Reforça a organização das regiões sanitárias por meio da cogestão e o planejamento regional. Fortalece o controle social, o acesso da população à atenção integral de saúde. Atualiza os mecanismos de regulação, programação e avaliação. Valoriza a cooperação técnica entre os gestores. Propõe critérios de equidade no financiamento tripartite para o fundo da saúde.

- O Pacto pela Vida estabelece o compromisso entre os gestores do SUS para com as prioridades nacionais, estaduais, municipais ou regionais que impactam a situação de saúde da população. Estabelece responsabilidades sanitárias e atribuições do gestor, frente às

metas e objetivos, ao definir anualmente as prioridades e indicadores de monitoramento que integram os diversos processos pactuados publicamente nos Termos de Compromisso de Gestão Municipal, Estadual, do Distrito Federal, e Federal (CONASS, 2007b).

- O Pacto de Gestão determina o cumprimento das diretrizes para a descentralização compartilhada, a regionalização, o financiamento, o planejamento integrado, articulado e solidário, a programação Pactuada e Integrada (PPI), a regulação, a participação social, a gestão do trabalho e a educação na Saúde (*idem*).

- O Pacto em Defesa do SUS expressa o compromisso entre os gestores (Municipal, Estadual, do Distrito Federal, e Federal) do SUS em consolidar os ideais da Reforma Sanitária, defendendo os princípios do SUS, qualificando e assegurando o SUS como política pública (*ibidem*).

O que se percebe nos regimentos criados a partir da aprovação e no processo de implantação do SUS, a realização de parte dos anseios sociais almejados e reivindicados nos movimentos sanitários, ocorridos no país e no mundo. Essas mobilizações influenciaram a criação de políticas públicas no sentido de reorganização da assistência à saúde, voltada para a ampliação da atenção básica e para a regionalização da gestão e oferta de serviços (BAPTISTA, 2005; CONASS, 2007b).

No processo de reorganização da saúde privando pelo planejamento ascendente da assistência, do local para o federal, notou-se a necessidade de integrar e reorganizar os serviços. Assim, os serviços de saúde foram regionalizados e hierarquizados em níveis de assistência, objetivando atender aos princípios organizativos e doutrinários do SUS.

2.1.3 Níveis assistenciais do Sistema Único de Saúde

A atenção à saúde pública no Brasil percorreu um trajetória história de conflitos, reivindicações e iniciativas que mudaram para melhor as condições de vida e saúde da população. Dois programas devem ser citados e operaram alterações significativas no modelo tradicional assistencial de saúde no país: em 1990 o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1993 o Programa de Saúde da Família (PSF). Esses levaram a reestruturação do sistema nacional de saúde, valorizando a atenção básica como medida de preventiva de doenças e hospitalizações evitáveis e promovendo mudanças na organização e financiamento do setor (BRASIL, 2012; VIANA; POZ, 2005).

A exemplo de saúde comunitária o Ceará (ano 1987) foi pioneiro ao selecionar, orientar e treinar mulheres pobres para trabalhar como agentes na redução da mortalidade

infantil; algo que sempre se agravava nos anos de seca em regiões pobres do estado. Com atendimento e orientações básicas de higiene, pré-natal, amamentação, puericultura, vacinação das crianças e uso da reidratação oral, houve redução da mortalidade infantil após a primeira semana de vida, fortalecimento do planejamento familiar e queda nas internações hospitalares de crianças. Denominado de Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), firmando-se pela relevância positiva de custo-benefício do serviço como política permanente no Ceará, algo que também ocorria isoladamente, no Paraná e Mato Grosso do Sul (BRASIL, 2010; VIANNA; POZ, 2005).

As pesquisas avaliando positivamente o PACS, fez com que o MS adotasse essa estratégia em toda região nordestina (em 1991) e em seguida para todo o País. Com o PACS, o enfoque individual na saúde foi redirecionado para a família, introduzindo a organização dos serviços por área de cobertura familiar e a intervenção preventiva por busca ativa em domicílio (*idem*).

Conceituou-se posteriormente o PACS, como Estratégia de Saúde da Família (ESF), espelhada nas experiências dos ACS, ao lidar diretamente com a população e reconhecer a tempo e profundamente os problemas de saúde existentes, bem como os determinantes e condicionantes das doenças e agravos. A ESF possibilita atender de perto e de forma humanizada a pessoa ou comunidade, melhorando a acessibilidade aos serviços de saúde no SUS, promovendo equidade e qualidade nos atendimentos, incentivando hábitos saudáveis e assim prevenindo doenças e reduzindo a morbimortalidade decorrente da grande desigualdade socioeconômica no país (BRASIL, 2012). Reconhece ainda, fatores de não adesão aos tratamentos e orientações, e trabalhando numa linguagem comum e acessível vai desmontando as barreiras que impossibilitam a promoção da saúde, a prevenção e recuperação de doenças.

O ESF, reconhecida como uma macroestratégia política de atenção primária à saúde necessita estar integrado aos outros serviços, visando à continuidade da assistência. A relação entre os serviços de saúde integrados ocorre de forma hierarquizada (ou classificada) em níveis de complexidade, correspondendo à capacidade resolutiva de cada serviço (BRASIL, 2011^a; CONASS, 2007b; BAPTISTA, 2005).

De acordo com a resolutividade dos serviços esses são interligados por referência e contra referência de usuários, objetivando dar continuidade ao atendimento até a resolução do problema e dispensar recursos ao local de atendimento (*idem*). Atualmente, a central de regulação municipal realiza a intermediação (referência) entre usuários e serviços de saúde.

A referência e contra referência aos atendimentos de saúde são instrumentos de mediação, que garantem a continuidade do tratamento nas redes de atenção. Um usuário é referenciado (pelo profissional por um sistema informatizado ou via documento escrito) para outra rede de saúde, quando a de origem não possui recursos suficientes ou adequados para atender a sua necessidade. E, a contra referência ocorre quando do local atendido o usuário é reencaminhado para o de origem (BAPTISTA, 2005).

O planejamento regional das redes integradas e interligadas ocorre com base na análise da situação de saúde da população a ser atendida, coordenado pela SES. Desse modo, as redes de saúde configuram uma macro-organização horizontal de ações e serviços, onde a base de comunicação é a unidade básica. A unidade básica é encarregada de direcionar e assegurar a continuidade da assistência em todos os níveis de atenção do SUS (CONASS, 2006; MEDEIROS, 2008).

As redes de atenção à saúde devem corresponder às necessidades da população. Assim, de acordo com as diversidades socioeconômicas, culturais e sanitárias de determinado local ou região as redes são adaptadas. Pelo menos três elementos conformam a organização das redes: a população, as unidades e sistemas operacionais e o modelo de atenção (MENDES, 2007).

Anteriormente a formação das redes, o país foi delimitado em territórios sanitários (regiões, macrorregião, microrregião, município etc). Após o mapeamento sanitário as redes foram organizadas, estruturadas e integradas em níveis de assistência para melhor acessibilidade do usuário e resolução do problema de saúde, continuando nos dias atuais em fase de desenho e implantação. A distribuição das redes ocorre de acordo com a capacidade resolutive e cada território, devendo ser autossuficiente na oferta de serviços, sendo o município responsável pela atenção primária, a microrregião pela atenção secundária e a macrorregião pela atenção terciária (CONASS, 2006; SOUZA, 2001).

A respeito da territorialidade na saúde, mais que uma área geográfica o território sanitário envolve espaço e população, devendo ser analisado como um processo de construção permanente, local onde as pessoas se relacionam e são influenciadas pela cultura, sociedade e política (SOUZA, 2001).

A partir da situação de saúde da população, dos limites territoriais e demográficos, as redes de saúde são distribuídas e categorizadas em atenção primária, secundária e terciária. Essa diferenciação entre as redes permite a organização da oferta dos serviços e a articulação em níveis de complexidade: baixa, média e alta, conforme o uso de densidade tecnológica (BRASIL, 2011b; CONASS, 2007; MENDES, 2007).

As redes podem estar localizadas em domicílios, unidades básicas, ambulatórios e centros especializados (psicossocial, odontológico, abrigos), casas de convivência e hospitais (CONASS, 2007; MENDES, 2007). A hierarquização das redes de atenção à saúde ocorre como modelo organizativo. Na rede todos os serviços têm igual importância, havendo um centro de coordenação (regulação) que orienta o fluxo e a oferta de serviços (CONASS, 2006).

As pessoas e as organizações compõem as redes de saúde. São representantes legais, atuantes nas esferas municipais, estaduais, federais e setores privados, porém as competências e funções normalmente são subordinadas à alocação de recursos (MEDEIROS, 2008).

Uma rede não substitui a outra, quando necessário uma complementa o atendimento da outra. O art. 8º do Decreto 7508/2011 reforça que o SUS deve garantir acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, ordenadamente iniciado na atenção básica e completado conforme necessidade, na rede hierarquizada (BRASIL, 2011ª; CONASS, 2007ª). A complexidade do serviço é definida conforme a tecnologia disponível à resolução do problema de saúde.

Os serviços primários de saúde normalmente estão distribuídos separadamente e mais próximos da população, enquanto os de maior densidade tecnológica (hospitais, equipamentos de imagem...) estão concentrados numa escala populacional mínimos de 100 a 150 mil habitantes na atenção secundária e cerca de 500 mil na atenção terciária. De maneira geral, os territórios locais ofertam serviços primários de saúde e os especializados (ambulatorial e/ou hospitalar) devem ser concentrados em territórios macrorregionais, com o objetivo de otimizar o uso dos recursos (SOUZA, 2001).

Nas unidades que possuem baixa ou leve densidade tecnológica são realizados procedimentos considerados efetivos para a maioria dos problemas, menos oneroso para o SUS, mas podendo exigir conhecimento profundo e complexo da realidade (CONASS, 2007ª).

A atenção primária de saúde (APS) é classificada como de menor densidade tecnológica. Essa atende a maioria das necessidades da população (80%), mesmo os problemas de saúde mais complexos, utilizando baixa densidade tecnológica, com custo-benefício vantajoso. Chama-se a atenção para essa não seja encarada como atendimento limitado, destinado aos pobres ou simplesmente como porta de entrada ou barreira para outros serviços; sendo atitudes tendenciosas à redução de custos com a média e alta complexidade (CONASS, 2007ª; SOUZA, 2001).

Dentre as vantagens da atenção primária destacam-se o fato de ser: mais adequada às necessidades de saúde da população; mais efetiva no enfrentamento das condições crônicas de doenças, impactando nos níveis de saúde da população; mais eficiente com custos reduzidos; mais igualitária, por discriminar positivamente grupos e regiões carentes, diminuindo gastos diretos de pessoas e famílias com a recuperação de doenças evitáveis; de melhor qualidade, por priorizar a promoção da saúde e a prevenção de doenças e ofertar tecnologias seguras, trazendo satisfação às pessoas (SILVA, 2001).

Mesmo diante de todas as vantagens da atenção primária, na continuidade da assistência à saúde são essenciais os serviços da média e alta complexidade. Na média complexidade, correspondente a atenção secundária, é ofertada assistência de saúde especializada e recursos tecnológicos que auxiliam no diagnóstico e/ou tratamento. Normalmente são consultas, cirurgias e procedimentos ambulatoriais (CONASS, 2007^a).

Já a alta complexidade diz respeito à atenção terciária de saúde. Considerada altamente especializada, demanda pesada densidade tecnológica e custo elevado nos serviços ofertados. A maioria dos atendimentos de alta complexidade corresponde à hospitalização e sua minoria aos tratamentos ambulatorial de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia (*idem*).

A alta complexidade hospitalar é responsável pela complementação da assistência referenciada na atenção básica ou secundária, atuando na resolução do problema de saúde. De outra forma, o usuário ao não ter acesso à assistência de alta complexidade, corre o risco de complicações ou morte, com consequências negativas para ele e familiares, para a sociedade, para o sistema de saúde e previdência social.

O atendimento hospitalar, incluindo a internação em UTI denota a utilização de alta densidade tecnológica e o trabalho de profissionais especializados. Os serviços hospitalares/UTI são responsáveis pelo maior custo financeiro no SUS, podendo também ser de alto custo social (MARINI; WHEELER, 1999; CONASS, 2006).

Na formação das redes no Brasil um fato negativo é percebido. A maioria dos municípios brasileiros é de pequeno porte, fato que dificulta o planejamento da saúde em redes integradas, a regulação e oferta de serviços de média e alta complexidade (SOUZA, 2001). Como as redes são pensadas em abrangência regional, desde que o município de pequeno porte se comprometa com a organização da APS fica a cargo da região a mobilização de recursos para estruturação das redes. Neste aspecto, o papel do gestor estadual é fundamental na articulação e integração intermunicipal.

Para que o SUS oferte acesso universal e integral e o referenciamento seja efetivo, é importante que se tenha a disposição potente tecnologia interligando as redes. As tecnologias da informação (computadores, telefones...) interligam as redes e possibilitam conhecer o fluxo dos atendimentos e a locomoção das pessoas, bem como a distribuição de serviços. Os instrumentos e sistemas utilizados são: o cartão SUS; as centrais de regulação de consultas, exames especializados, procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, internações de urgência e emergência e eletivas; os prontuários eletrônicos e os transportes de urgências, emergências (SAMU, BOMBEIROS) e eletivo, de amostras de exames e resíduos de saúde (CONASS, 2006; SOUZA, 2001).

A integração entre as redes de saúde ocorrem de forma horizontal entre si; vertical, ao serem subordinadas à gerência superior; real nos encontros de discussões e virtual no processamento de informações. No sistema é imprescindível a conexão direta dos atuantes nas redes com os entes responsáveis pelas políticas de saúde, social, ciência e tecnologia, educação (MEDEIROS, 2008) e outras.

A devida importância deve ser dada a cada nível de atenção à saúde, desde a promoção de hábitos de vida saudáveis, prevenção de doenças e complicações ao tratamento e recuperação da pessoa doente. Assim, o atendimento que se inicia na atenção básica, deve caso necessário, ser referenciado para uma rede de complexidade e densidade tecnológica adequada, integrada no sistema para que o usuário seja atendido na sua necessidade e os recursos cheguem ao local de prestação dos serviços.

2.1.4 A organização da atenção regionalizada de saúde

Na descentralização política da saúde, as decisões foram democratizadas entre os entes federativos e as responsabilidades redistribuídas. Inicialmente, a descentralização se deu no processo de transição do poder político e econômico do INAMPS para o MS e em seguida para Estados e Municípios. A redefinição de competências e responsabilidades na cogestão do SUS estabeleceu a articulação entre os três níveis de governo e a participação social no planejamento da saúde (CONASS, 2007b; BAPTISTA, 2005).

Segundo Silva (2001), a descentralização possui duas dimensões: política e econômica. A descentralização política rejeita o autoritarismo elegendo a democratização do Estado, deslocando o eixo do poder político para localidades com participação social direta. Na descentralização econômica o objetivo é ajustar os gastos do Estado, promovendo a racionalidade e a efetividade dos gastos públicos e consequentemente reduzindo despesas.

Com a descentralização política e financeira da saúde os Estados e Municípios foram se reestruturando, desenvolvendo habilidades, competências e responsabilidades de gestão local da saúde. Foram estabelecidas não somente autonomias nos aspectos administrativos, ocorrendo principalmente a responsabilização de todos os entes federativos com o bem estar da população. A criação de normas de operacionalização do SUS favoreceu a relação nos acordos e financiamentos da saúde.

A final da década de 90 a regionalização da saúde recebeu destaque nos encontros da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ocorreram grandes avanços no âmbito da saúde pública, com o fortalecimento da gestão local e a reorganização da atenção básica (NOB SUS 01/96), com maior articulação entre as redes municipais e o fortalecimento da assistência regionalizada, hierarquizada e resolutiva (SOUZA, 2001).

A regionalização surgiu como estratégia para melhora da acessibilidade, da integralidade e da equidade da assistência à saúde. Numa lógica de planejamento integrado e gestão cooperativa contempla noções de territorialidade, que ultrapassa limites municipais e fixa prioridades na atenção à saúde. Desse modo, o objetivo é garantir acesso as ações e serviços de saúde resolutivos, otimizando o uso dos recursos (CONASS, 2007b; SOUZA, 2001).

Recentemente, uma retomada política aos princípios de gestão do SUS foi a abordagem do Decreto 7508/2011. Nesse documento foi reafirmado o compromisso interfederativo de garantia ao acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços do SUS; e o planejamento regionalizado e hierarquizado da saúde, mediante a articulação e cooperação em todas as instâncias de gestão do sistema. Foram focos de regulamentação do Decreto 7508 (BRASIL, 2011a):

- a definição e aprofundamento dos conceitos de regionalização, hierarquização, regiões de saúde e contratos públicos;
- a elaboração de contratos organizativos de ação pública, instrumentalizando a relação entre as federações de governo;
- a eleição da atenção básica como porta de entrada principal e ordenadora da assistência de saúde e a região de saúde como centro da alocação de recursos; a elaboração do plano integrado da assistência à saúde, por meio da criação de mapas de saúde descrevendo as necessidades de saúde da população, as ações e serviços ofertados pelo SUS;

- e a criação da Relação Nacional de Ações e Serviços do SUS (RENASES) e o aperfeiçoamento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) gratuitos (*idem*).

No modelo de regionalização da saúde todo o país foi mapeado em regiões de saúde. E, de acordo com o Decreto 7508/2011a região de saúde configura-se em (BRASIL, 2011a, p. 1):

um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

A reorganização da saúde com base nas normas regulamentadoras do SUS tornou possível iniciou com o processo de regionalização das ações e serviços e a articulação entre as redes, favorecendo a acessibilidade e integralidade da assistência. Integralidade que implica no acesso da população discriminada e informada, à todos os níveis de assistência, de acordo com a necessidade apresentada (BRASIL, 2011a; MEDEIROS, 2008).

Com forma de garantir a integralidade na assistência as redes de atenção estão organizadas e distribuídas conforme a especialidade e complexidade. O acesso do usuário à rede ocorre de acordo com a complexidade do atendimento, pactuado entre as Comissões Intergestoras Tripartite, Bipartite e Regional (*idem*).

A pactuação é uma articulação entre entes federativos, vinculados às Comissões Intergestoras (CIs). Essas comissões planejam a saúde e distribuem as ações e serviços em redes de atenção. As CIs são representadas pela (BRASIL, 2011^a):

- Comissão intergestora tripartite (CIT), composta pelos MS e gestores estaduais de saúde representados no CONASS);
- Comissão intergestora bipartite (CIB), que reúne as Secretarias Estaduais e municipais de Saúde;
- e a Comissão Intergestora Regional (CIR), que reúne gestores municipais e estaduais, este último representado pelas unidades de administração regional das secretarias estaduais.

As comissões intergestoras se reúnem periodicamente para discutir e deliberar medidas para o desenvolvimento do sistema nacional de saúde, planos de saúde e relatórios de gestão. Nesse momento são estabelecidos acordos e financiamentos para que estados e municípios possam colocar em prática as atividades propostas (BRASIL, 2001^a; MEDEIROS, 2008).

A Portaria nº 1.097/2006 define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI) entre os gestores estaduais e municipais de Saúde. Na elaboração do plano de saúde estadual devem ser considerados (conforme art. 36 da Lei 8080/90) em primeiro nível e de forma ascendente os planos municipais de saúde, para que a política a ser implantada esteja de acordo com a necessidade da região, disponibilizando recursos necessários a sua execução (BRASIL, 2006; CONASS, 2007b).

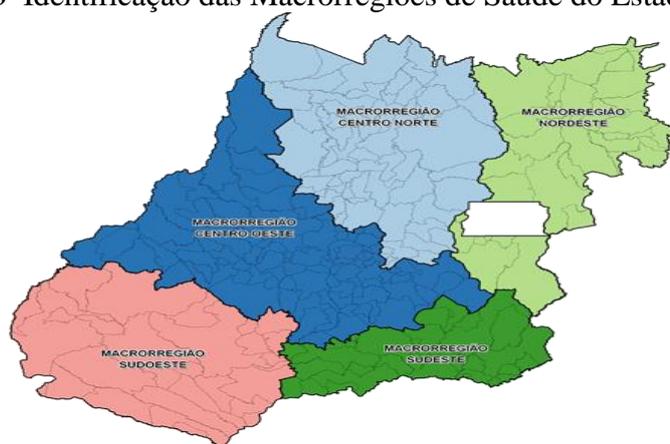
Assim, com a regionalização e o planejamento ascendente da saúde no SUS há maior familiaridade do setor saúde com a população, proporcionando o atendimento direcionado e mais resolutivo. Ao presenciar e ouvir as necessidades da população local pode-se planejar ações e serviços que venham ao encontro as queixas e situações apresentadas. Na elaboração do Plano de Saúde devem ser analisadas situações específicas e diversas, atentando para: as características geográficas e epidemiológicas, as necessidades e queixas da população, o fluxo e tipos de atendimentos e a oferta de serviços (CONASS, 2007b; BAPTISTA, 2005).

Os Planos Regionais de Saúde necessitam ser flexíveis, mas mantendo a autonomia da gestão local na construção de projetos considerando a situação social da população, associando características comuns e diferenciadas de cada região. Abre-se assim, caminho para inovações na atenção à saúde e sustentabilidade local (SES/GP, 2008). Visto que no SUS a participação social é um diferencial na construção do modelo de atenção mais próximo das realidades locais, fazendo com que todos sejam envolvidos em prol de objetivos que melhorem a qualidade de vida e saúde.

No estado de Goiás na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (iniciado em 2001) foram levantados dados epidemiológicos, demográficos, geográficos, fluxos dos usuários dos serviços de saúde e de habilitação de cada município. Desse modo, cada território foi mapeado em Regiões de Saúde com toda capacidade instalada dos serviços especializados de média e alta complexidade, atentando para as necessidades da população (SES/GO, 2008).

Atendendo a política de regionalização, o estado de Goiás (com 5.926.308 habitantes) foi dividido em 16 regiões de saúde, sendo estas agrupadas posteriormente em cinco macrorregiões: Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte, Sudeste e Sudoeste, conforme o mapa apresentado abaixo. Para cada microrregião foi instalada uma sede regional de saúde, representando a SES (GOIÁS, 2010b).

Figura 3 Identificação das Macrorregiões de Saúde do Estado de Goiás



Fonte: GOIÁS, 2010b.

Na macrorregião centro-norte encontra-se o município de Anápolis e outros, territorializados em microrregiões. A população da macrorregião centro-norte foi calculada em 1.006.107 habitantes. Esta é subdividida nas microrregiões: Norte, Serra da Mesa, Pirineus e São Patrício (GOIÁS, 2010b).

Cada microrregião de saúde possui a disposição, de acordo com a demanda populacional, uma quantidade de equipamentos e leitos de média e alta complexidade (leitos hospitalares e de UTI; aparelhos de ressonância, mamógrafos, de Raios X e de Ultrassonografia). A macrorregião centro-norte possui 3.452 leitos, desses 2.701 são para usuários do SUS, com 69 leitos de UTI/SUS (*idem*).

A sede da microrregião Pirineus de Goiás está localizada em Anápolis, a qual é composta por mais onze municípios: Abadiânia, Alexânia, Campo Limpo, Gameleira de Goiás, Goianápolis, Teresópolis de Goiás, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Pirenópolis, Padre Bernardo e Mimoso de Goiás (*ibidem*).

Para o planejamento regional da saúde deve ser construído pelos gestores do sistema o Mapa da Saúde, descrevendo a localização das unidades de saúde e recursos disponíveis no SUS e rede privada, levando em consideração toda capacidade instalada, financiamentos, ações e serviços desenvolvidos e os indicadores de saúde (BRASIL, 2011^a).

Para concretização do Plano de Saúde os recursos necessários à execução das atividades propostas devem ser apresentados com precisão (*idem*). A falta de recursos pode gerar transtornos na unidade e para os usuários, gerando descontentamento dos profissionais e a ausência ou restrição de equipamentos, materiais e medicamentos de uso indispensável (MEDEIROS, 2008).

A responsabilidade no planejamento da saúde é grande, mediante o conhecimento das necessidades vivenciadas pela população local e referenciada, bem como da alocação suficiente de recursos para resolução dos problemas identificados.

2.1.5 A regulação assistencial e o desafio de universalização do acesso no Sistema Único de Saúde

Com experiências acumuladas após a descentralização da saúde, situações diversas que dificultam a plena consolidação do SUS foram identificadas. São vários os desafios: financiamento, gestão, acesso e participação da comunidade entre outros que afetam diretamente a atenção à saúde e norteiam discussões de planejamento e ampliação dos serviços (CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

O mercado dos serviços de saúde influencia a acessibilidade e a integralidade da assistência no SUS e tende a corresponder a oferta conforme a demanda e economia regional. No mercado privado a oferta é entendida como uma mercadoria produzida e disponibilizada por um determinado preço. E a demanda, corresponde ao desejo ou necessidade de consumo de um bem ou serviço aliada ao poder econômico para satisfação. No mercado de pagamento direto há o ajuste da oferta e demanda por meio de troca entre produtor e consumidor, sem a intervenção do Estado (CASTRO, 2002).

Nos serviços públicos da saúde a oferta não está arraigada a um custo direto para o consumidor, já que são financiados pelo Estado (mediante parcelas das receitas da União). A demanda mantém seu conceito de necessidade de consumo, porque as pessoas geralmente buscam por atendimento de saúde quando apresentam algum problema. A demanda espontânea em situações de risco tem sido tratada pela atenção básica, por meio da promoção da saúde, prevenção de doenças ou agravos, ofertando tratamento simplificado (orientações e procedimentos de menor risco) ou encaminhando para o serviço adequado.

O Estado intervém no SUS com a responsabilidade de garantir a execução das políticas públicas que foram planejadas e aprovadas nos Conselhos, com o compromisso de distribuir os recursos previstos e pagamentos aos fundos específicos (CASTRO, 2002; CONASS, 2007b; SOUZA, 2001). Assim, os serviços públicos de saúde têm como prioridade atender aos Planos da Saúde, conforme as necessidades de saúde da população, principalmente os que mais sofrem com as desigualdades e iniquidades sociais, com o melhor e mais justo uso dos recursos disponíveis.

Dentre as iniquidades que podem ocorrer no setor saúde, destacam-se: a exclusão de parte da população que não consegue assistência; a existência de serviços não regulados ou que não correspondem as necessidades da população e sem equilíbrio na oferta e consumo; desigualdade na disponibilização de informação, produzindo serviços que induzem a demanda de assistência demasiada e desnecessária, atendendo a vontade dos que detém o conhecimento e o mercado; barreiras na regulamentação e licenciamentos de profissionais e de formação; restrições de consultas, exames etc. Diante de fatos como esses, é dever do Estado zelar pelo bem estar social dos desassistidos e doentes (CASTRO, 2002).

Baseado em informações e pesquisas estatísticas e analíticas do MS e outras podem ser estipuladas coberturas de consultas médicas, odontológicas, de enfermagem e outras; leitos de hospitalização geral e de UTIs; serviços complementares de diagnósticos e terapêuticos em todas as unidades federativas do país (BRASIL, 2002), auxiliando a adequação da oferta à demanda. No planejamento dos atendimentos na saúde podem se valer dos estudos na construção de estratégias que atinjam as reais necessidades da população, ofertando serviços e alocando recursos para a região.

O perfil demográfico e a prevalência epidemiológica representam dados necessários ao cálculo dos parâmetros de cobertura assistencial de saúde. A Portaria MPAS nº 3.046 de 20 de julho de 1982, estabelece como parâmetros assistenciais de cobertura, o cálculo das necessidades de atendimento de uma população por período específico (BRASIL, 2002).

A necessidade de serviços de saúde pode ser referida pela população e entendida como necessidade saúde auto-avaliativa. Em outra circunstância, a necessidade de saúde é avaliada por profissionais da área, tendo como base os critérios estabelecidos na NOAS 01/2002 e na Portaria 1101/2002 no planejamento das ações e cálculo da cobertura assistencial (BRASIL, 2002; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002; CONASS, 2007b).

Por vezes, no mercado da saúde prevalecem os interesses políticos e econômicos, esses dominam a distribuição de serviços das redes pública e privada. Os serviços de saúde especializados tendem a concentrar-se nas regiões de maior economia e nem sempre atendem a necessidades da maioria. Esse fato interfere no planejamento da saúde, na manutenção das desigualdades sociais e na histórica e crescente escassez dos recursos destinados à saúde pública (COHN; ELIAS, 2003; LUZ, 2011; SILVA, 2001; SOUZA, 2001) nos locais onde a população mais necessita.

As leis que regulam o mercado dos serviços de saúde operam num padrão de oferta conforme a rentabilidade, considerando as características socioeconômicas vantajosas na disponibilização dos melhores centros (CASTRO, 2002; COHN; ELIAS, 2003).

Nessa situação, a equidade não existe e os mais necessitados ficam desprovidos de assistência integral e qualificada (CASTRO, 2002). A precária condição social da população brasileira é observada na grande procura de atendimento nos serviços de saúde pela população mais carente, devido às fragilidades a que é condicionada, levando a maior dependência do SUS e elevação dos custos (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002).

Há no SUS interesse expresso nos princípios e normativos de oferecer acesso universal, integral e igualitário, mas não se consegue atender a toda população em todas as suas necessidades, diante da grande demanda, muitas vezes não referenciada. Os recursos financeiros destinados à saúde no Brasil são insuficientes para promover um SUS universal e integral a todos os que necessitam de atendimento. Para assegurar que a população não fique desprotegida, os serviços privados puderam se integrar ao SUS, fazendo parte do Sistema de Saúde Suplementar. Esses prestadores são beneficiados pela renúncia fiscal, pouca regulação estatal e cotas de autorização de procedimentos e internações custeados pelo SUS (CONASS, 2006; CONASS, 2007b).

O Sistema de Saúde Suplementar oferta assistência à saúde por iniciativa privada, regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Existe ainda Sistema de Desembolso Direto, com serviços prestados pelo setor privado e pago diretamente pelo consumidor, atuando com baixa regulação do Estado (CONASS, 2006). No planejamento da saúde todos os sistemas são mapeados e considerados na avaliação da capacidade instalada de unidades de atendimento (CONASS, 2007b).

2.1.5.1 Sistemas informatizados na regulação da assistência

O encaminhamento de uma consulta, exame, procedimento ou internação, normalmente passa por um sistema informatizado que revela vagas e datas para o atendimento. É um sistema de agendamento e direcionamento da demanda conforme a disponibilidade e especialidade dos serviços, podendo dificultar o acesso no momento necessário à resolução do problema, gerando desigualdades e iniquidades nos atendimentos.

Como forma de resolver as deficiências relacionadas à oferta e demanda de assistência no SUS, instituiu-se (em 1999) o Sistema de Regulação (SISREG) Assistencial.

Este possui como função a ordenação dos atendimentos. Os problemas identificados que justificaram a Regulação foram (SISREG, 2012):

- ✓ o preenchimento de vagas hospitalares desconsiderando a gravidade do paciente;
- ✓ a influência dos profissionais de saúde na reserva de leitos com critérios particulares;
- ✓ a frequência de recusa de atendimento aos usuários do SUS;
- ✓ o deslocamento de assistência sem a devida alocação de recursos;
- ✓ encaminhamentos assistemáticos prejudicando o atendimento;
- ✓ a ineficiência na marcação de consultas e exames;
- ✓ a procura espontânea e inadequada aos prontos-socorros, dificultando o acesso de outros em situações graves.

No intuito de qualificar as informações no SUS, aperfeiçoar as ações de controle, garantir a equidade de acesso e a não influência socioeconômica foi implantado o SISREG, responsável pela gestão das agendas de consultas, exames especializados e internações. Com a regulação da oferta e consumo pretende-se minimizar as fraudes na produção e financiamento, qualificando as informações sobre o uso dos serviços e recursos (SILVA, 2012).

O SISREG foi desenvolvido pelo Departamento de Informática em Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), operando desde 2002 com sistemas informatizados on-line do DATASUS, para gerenciamento e atividades das Centrais de Regulação. Está dividido em Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH) (SISREG, 2012).

A logística do SISREG integra o sistema de informação às centrais de consultas e exames especializados, de internação, de regulação da alta complexidade e a compensação dos serviços (débito e crédito); atualiza o registro das unidades de atendimento e profissionais atuantes; estabelece protocolos para os serviços pactuados; e conhece os recursos disponíveis para atender as necessidades da população (SISREG, 2004).

O Portal SISREG apoia a implantação das Centrais de Regulação e a capacitação dos recursos humanos das secretarias de saúde e estabelecimentos que fazem parte da Central de Regulação. Seus usuários são profissionais das secretarias de saúde municipal e estadual e de unidades de saúde ligadas ao SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; SISREG, 2012).

As ações de regulação na saúde requerem o diagnóstico dos processos e fluxos de assistência, o controle e avaliação dos serviços disponíveis e realizados. Deve-se saber como

acontecem os atendimentos na atenção básica e qual o perfil epidemiológico da população para definição das prioridades. É importante determinar: a população, o fluxo, a cobertura da ESF e o cadastro da população a ser atingida pelo SISREG, para planejamento da regulação e atendimentos pactuados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; SILVA, 2012).

O Cadastro Nacional dos Usuários do SUS (CADSUS) e o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) associados ao levantamento dos fluxos e ao diagnóstico epidemiológico são instrumentos de regulação que subsidiam o planejamento das ações e o controle assistencial, viabilizando as referências para média e alta complexidade e o direcionamento adequado dos recursos, com foco nas prioridades e na integralidade da assistência (*idem*).

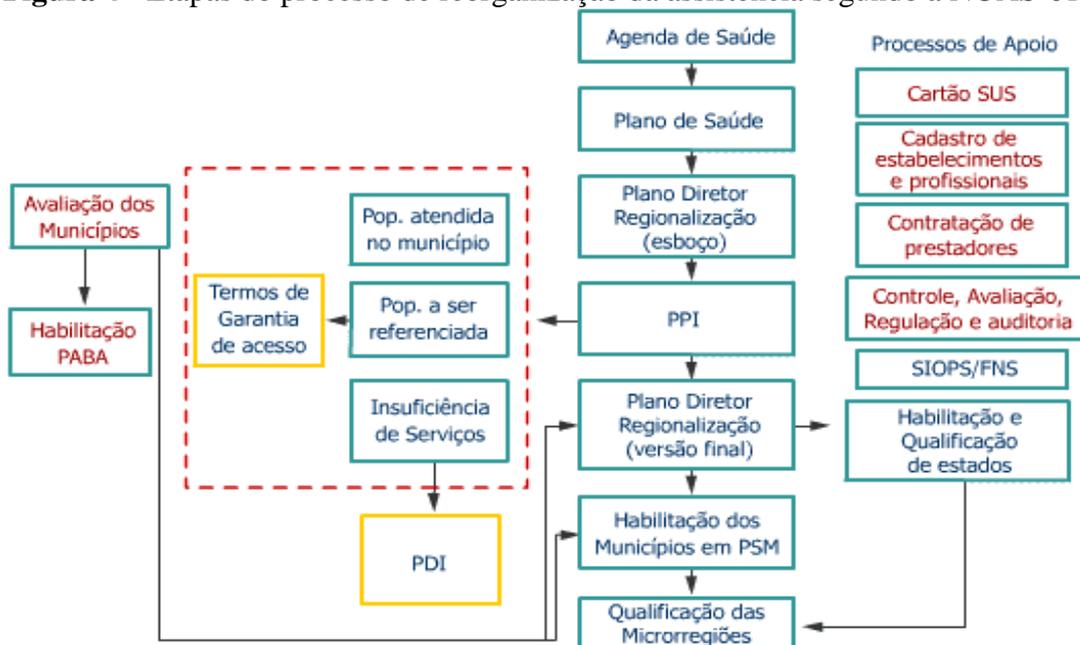
O mapeamento dos fluxos dos atendimentos na atenção básica favorece a construção de protocolos de acesso para a média e alta complexidade. Os protocolos construídos a fim de trazer maior resolubilidade na assistência, podem reduzir o impacto negativo da insuficiência de acesso e financiamento na saúde. Noutra sentença, a contra referência deve ser estabelecida para que o usuário faça seu acompanhamento na atenção básica, organizando e reduzindo os fluxos nos ambulatórios de especialidades e emergências (SISREG, 2004).

A regulação assistencial no SUS ocorre em resposta às demandas de saúde. É um instrumento ordenador da atenção à saúde, com ações rápidas, qualificadas e integradas focalizando interesses sociais e coletivos. Tem como objetivos: ofertar melhor alternativa assistencial conforme disponibilidade; organizar e garantir o acesso a ações e serviços em tempo adequado, de forma ordenada e equânime; organizar a oferta assistencial de acordo com as necessidades da população; erradicar a busca espontânea, assistemática e inadequada aos serviços disponíveis; diminuir as filas de esperas por atendimento no SUS; otimizar a utilização dos recursos e participar dos processos de planejamento, controle, avaliação da saúde e da PPI (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; SILVA, 2012; SISREG, 2004).

A reorganização regulada dos serviços ofertados pelo SUS é de responsabilidade dos gestores dos serviços. Os municípios em Gestão Plena regulam todos os serviços localizados em seu território. Nos demais municípios o gestor estadual é responsável pela regulação dos serviços de média e alta complexidade (SISREG, 2004).

Abaixo a figura 4, que apresenta a forma de reorganização da assistência regulada no SUS:

Figura 4 - Etapas do processo de reorganização da assistência segundo a NOAS-01/2002



Fonte: SISREG, 2004.

As etapas de regulação ocorrem conforme regulamentado nas NOAS 01/2002. Têm-se como referências intermunicipais os serviços acordados, ou seja, pactuados no PDR e PPI. Ao gestor estadual compete coordenar a regulação para o cumprimento das metas estipuladas nos Planos de Saúde e organizar as redes de saúde, garantindo a equidade e integralidade nos atendimentos do SUS (SISREG, 2004).

A Regionalização da assistência à saúde no SUS instituída pelo PDR e PPI desencadeou o planejamento regional e agregação de fluxos regulados nos municípios. Considera-se que o planejamento regionalizado e regulado da capacidade instalada dos serviços de saúde, possibilita o dimensionamento desses para referências intermunicipais e interestaduais (SILVA, 2012).

Aos prestadores de serviços ao SUS cabe disponibilizar agendas e leitos para as Centrais de Regulação, garantir o acesso aos serviços pactuados, inserir informação de sua responsabilidade nos sistemas e observar a demanda de atendimento dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; SILVA, 2012; SISREG, 2004).

No processo de regulação da assistência, são geradas informações de produção e procedência dos usuários, o que possibilita monitorar o cumprimento das metas estabelecidas nos Planos de Saúde e identificar desajustes entre a oferta e demanda pactuada para posterior adaptação do PPI e do PDI (SILVA, 2012; SISREG, 2004).

Com o SISREG, a população não busca diretamente os serviços especializados, o atendimento se dará a princípio na atenção básica e somente será referenciado para a atenção

secundária ou terciária quando se fizer necessário, conforme análise dos envolvidos na assistência e regulação. Essa ordenação deve atender às demandas eletivas e a descentralização dos atendimentos em unidades restritas, por meio da regulação médica com garantia de acesso imediato às urgências e emergências (SILVA, 2012).

A regulação da alta complexidade atua numa menor quantidade de oferta, demanda e prestadores de serviço, trabalhando com agendas e fluxos de acesso referenciado. O paciente, geralmente conhece os fluxos e isso facilita a comunicação, existindo nesse processo um instrumento de controle e autorização: a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade [APAC] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; SILVA, 2012).

Os fluxos da internação são estabelecidos conforme a capacidade instalada de leitos na rede. Inicialmente, a internação exige a emissão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) preenchida pelo médico atendente. A busca pelo leito hospitalar ocorre a partir do laudo da AIH, passando pela regulação que reserva a vaga (*idem*). Alta complexidade existem protocolos de referências que auxiliam na orientação da demanda, da oferta e na relação com a média complexidade. Isso facilita a regulação da alta complexidade, impactando na melhora da assistência e organização dos serviços, nos fluxos e informações disponibilizadas. É o nível de atenção de maior volume de recursos, com custos bastante significativos e grande influência nas pactuações intermunicipais (SILVA, 2012).

A principal atuação da regulação está em direcionar o acesso ao atendimento necessário. Na regulação são providenciados procedimentos eletivos, atendimentos de urgência/emergência e internações geral/UTI. Atuam nesse nível os hospitais, as unidades de pronto-atendimentos, pronto-socorros e pré-hospitais, como o Corpo de Bombeiros e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência [SAMU] possuindo central própria de regulação (*idem*).

2.2 O SERVIÇO HOSPITALAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O atendimento hospitalar está inserido no nível terciário de atenção à saúde e nele se garante a continuidade do tratamento, sendo este indispensável a recuperação do doente. Não deve ser visto como antes matadouro ou lugar de morte, mas um ambiente que oferece assistência integral (24 horas) em saúde, que possui equipe especializada e que indiferentemente se pobre ou rico, oferta cuidados necessários ao tratamento, proteção e recuperação da saúde.

O hospital é uma organização que oferece como produto a recuperação da saúde ou melhora no estado de doença, com atendimento ininterrupto, utilizando serviços profissionais especializados nos ambulatorios ou internação. Pode apresentar níveis diferentes de capacidade de internação ou porte (pequeno, médio ou grande), e de incorporação tecnológica (pequeno, moderado ou grande), o que diferencia proporcionalmente a prestação dos serviços em nível secundário ou terciário (COHN; ELIAS, 2003). O serviço hospitalar complementa os níveis de atenção à saúde, oferecendo suporte de média e alta complexidade, sendo referência para a atenção primária e secundária.

No SUS, a rede hospitalar pode ser entendida como uma organização de estabelecimentos que atendem a uma clientela geral (hospital geral) ou específica (unidades de cardiologia, nefrologia, ortopedia, obstétrica e outras). São entidades jurídicas, que se orientam em um contrato social e apresentam características empresariais de administração (SILVA, 2005).

Os serviços hospitalares podem ser classificados em dois grandes blocos: clínicos e cirúrgicos, os quais no processo de trabalho podem estar relacionados ao problema de saúde apresentado pelos usuários e o poder social dos profissionais envolvidos. Na rede hospitalar pode haver jogo de interesses aliados na organização dos serviços, impedindo mudanças significativas no modelo privatizante (*idem*).

Até o século XVIII, a maioria dos hospitais possuía tecnologia de leve densidade. Com o avanço da ciência nas áreas da saúde sobrevieram especialidades profissionais, elevação de certas categorias de acordo com o prestígio social, desencadeando concentração de interesses financeiros e incorporação crescente de alta densidade tecnológica (*ibidem*).

No Brasil, a implantação de hospitais e faculdades de medicina privadas teve um grande salto a partir da década de 60, com recursos financeiros vindos da Previdência Social (BAPTISTA, 2005; CONH; ELIAS, 2003; ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; SILVA, 2001). No entanto, a partir da implementação do SUS percebe-se a retração do setor privado, sobressaindo a manutenção e criação de estabelecimentos hospitalares públicos e o aumento de incorporação tecnológica nesses serviços [aparelhos de hemodiálise, de Rx simples, Ultrassom e de RNM, eletrocardiógrafos, tomógrafos] (SILVA, 2005).

Apesar de com SUS ter havido a reorganização da saúde com ênfase na atenção básica num modelo de assistência menos hospitalocêntrica (modelo predominante anteriormente e ainda mais privilegiado a partir da criação do IAPS), ainda persiste a supervalorização social e financeira (80% dos investimentos em saúde), do serviço hospitalar (SILVA, 2005). Essa característica traz grande risco para a saúde em geral, pois a promoção

da saúde e a prevenção de doenças não só se evita graves complicações, como também se proporciona melhora na qualidade de vida das pessoas.

Conforme tratado na NOAS 01 e 02/2002, a política de atenção à alta complexidade na competência do Ministério da Saúde estabelece: a definição de normas nacionais para a saúde; o controle do cadastro nacional de prestadores de serviços; a vistoria dos serviços; a definição de incorporação dos procedimentos; a definição do conjunto de procedimentos de alta complexidade; o estabelecimento estratégico de acesso mais equânime para diminuição das diferenças regionais de distribuição e financiamento; a definição de mecanismos para a garantia de acesso às referências interestaduais, por meio da Central Nacional de Regulação; a formulação de estratégias para a melhoria da qualidade dos atendimentos; e o financiamento dos serviços (CONASS, 2007b).

Deve ser garantido a todo aquele que necessitar o acesso à alta complexidade, por meio da responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal (*idem*). Solidariedade entendida como uma relação interdependente e cooperativa entre as esferas federal e estadual nos atendimentos e referenciamentos dos serviços de alta complexidade.

Ao gestor estadual da saúde compete a gestão política e financeira da alta complexidade, no âmbito do estado. Deve vincular seu planejamento à política nacional de saúde, definindo prioridades assistenciais e a programação dos serviços com a macroalocação de recursos; estabelecendo a desconcentração, concentração ou inclusão desses conforme a necessidade da população; otimizando a utilização dos recursos e a qualidade da assistência; delimitando a área de abrangência dos serviços de alta complexidade; coordenando a referência entre municípios; definindo limites financeiros municipais para a alta complexidade; coordenando a implementação da regulação assistencial da alta complexidade; controlando e avaliando os serviços, principalmente no que se refere à resolubilidade e acessibilidade (*ibidem*).

Os gestores estaduais da saúde efetuam a regulação da referência intermunicipal da alta complexidade. Os municípios com serviços de alta complexidade e custo elevado habilitados em Gestão Plena devem organizar esses serviços assegurando: o comando único; a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo o acesso à própria população e a referenciada, de acordo com PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado junto ao Estado; a condução de contratação; a autorização dos procedimentos e pagamentos; a definição de fluxos e rotinas intramunicipais de acordo com o Plano Estadual da Saúde; controle, avaliação, vistorias e auditoria dos serviços (CONASS, 2007b).

Para estabelecer a cobertura assistencial do SUS são utilizadas recomendações técnicas e referências que orientam os gestores da saúde no planejamento programado e priorizado dos serviços, de forma flexível às realidades epidemiológicas e financeiras da região. Os parâmetros de cobertura assistencial de saúde são estabelecidos pela Direção Nacional do SUS, devendo ser aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2002).

Considerou-se para elaboração dos parâmetros assistenciais do SUS (*idem*):

- os parâmetros assistenciais internacionalmente reconhecidos e baseados em dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan Americana da Saúde (OPAS);
- as estatísticas de atendimento do SUS;
- as incidências nacionais por especialidade;
- a quantidade de internações, consultas e serviços complementares baseados nos estudos e pareceres especializados;
- os parâmetros assistenciais já desenvolvidos;
- os estudos vinculados ao MS, com a participação técnica dos demais níveis de gestão do SUS e instituições de saúde do país;
- e a Portaria MPAS nº 3.046, de 20 de julho de 1982.

Os parâmetros assistenciais aceitos no planejamento da saúde estão divididos em dois tipos (BRASIL, 2002):

- ✓ de cobertura, visando estimar as necessidades de atendimento de uma população específica;
- ✓ e de produtividade, demonstrando a capacidade de produção dos serviços assistenciais, conforme a utilização dos recursos alocados.

Os parâmetros assistenciais de cobertura e produtividade estabelecem para cálculo as variáveis a quantidade de leitos de acordo com número de habitantes.

Quanto à necessidade de leitos gerais, 3 a 4 leitos para 1.000 habitantes e de UTI de 4% a 10% do total de leitos calculados para a população. Em unidades de recuperação (não UTI), no mínimo 2 a 3 leitos por sala cirúrgica. No pré-parto, o mínimo de 2 leitos por sala de parto. Entretanto, a necessidade de leitos especializados deve ser calculada conforme necessidade estadual, regional ou microrregional, sendo que os leitos básicos devem ser calculados a nível municipal (*ibidem*).

Os parâmetros de cobertura hospitalar, também entendido como necessidade de leitos se equivalem à quantidade de leitos do SUS somados aos leitos do Sistema de Atenção

Médica Supletiva (SAMS), e aos leitos do Sistema de Desembolso Direto (SDD). Para o cálculo do total de leitos necessários à população é considerada a existência de outros convênios de internação (BRASIL, 2002; CONASS, 2007b).

Para o cálculo do número de leitos para um Hospital local (com atendimentos básicos de clínica, ginecologia, obstetrícia, pediatria e cirurgia) o parâmetro é de 2 leitos por 1000 habitantes em área urbana, sede do Município e mais 1 leito por 1000 hab. em zona rural (BRASIL, 2002).

Em um Hospital Regional com clínicas especializadas, considera-se a área geograficamente estratégica e as necessidades diagnósticas na população a ser atingida, tendo como parâmetros 2 leitos por 1000 hab. na área urbana sede e mais 1 leito por 1000 hab. Na zona rural 1 leito por 1000 hab. nas outras áreas urbanas atingidas e 0,5 leito/1000hab. nas outras áreas rurais atingidas (*idem*).

Com relação ao atendimento por demanda, a Portaria GM/MS 1.101/2002 descreve que cerca de 7 a 9% da população de uma determinada região pode necessitar de internação hospitalar. A fórmula para o cálculo da cobertura hospitalar é a seguinte: NIHE (Número de Internações Hospitalares Esperadas) = Total da População x Parâmetro Recomendado de Internações ao ano/100 (*ibidem*).

Conforme os princípios que regem o SUS, no processo contínuo de melhora na acessibilidade e qualidade dos atendimentos de saúde, os parâmetros para o cálculo de cobertura assistencial em todos os níveis de atenção são referências que instrumentalizam o dimensionamento da oferta de serviços, conforme a demanda local e atingida.

No sistema de saúde, a atenção primária funciona como porta de entrada aos serviços de saúde e a hospitalar como referência para os encaminhamentos. Quando há deficiência de cobertura e/ou desvinculação entre os serviços e baixa resolutividade da atenção primária, o usuário é levado a buscar diretamente (busca espontânea), a assistência médica e hospitalar (ALFRADIQUE *et al.*, 2009), sobrecarregando por vezes e desnecessariamente os serviços de média e alta complexidade.

Com base na análise de internações hospitalares, pode-se monitorar e avaliar a efetividade dos serviços prestados pela atenção primária (ou cuidados primários) frente a determinados problemas de saúde (*idem*). Isso possibilita a atuação direcionada ao problema, por meio do reconhecimento dos determinantes e condicionantes que afligem a população, tendo como aliados e participantes os profissionais da atenção primária, com a corresponsabilidade de todos os organismos de gestão da saúde.

É esperado com o planejamento da saúde, com base nas necessidades individuais e coletivas, e prioridades destacadas, que o usuário não tenha que procurar a rede hospitalar, mas que seja referenciado e regulado adequadamente, quando houver gravidade ou necessidade de maior densidade tecnológica no cuidado a sua saúde.

O planejamento da saúde com atenção aos atendimentos hospitalares é importante, visto que na rede, o hospital possibilita a integralidade do atendimento referenciado na atenção básica. O atendimento hospitalar é essencial em situações graves em que há risco de complicações e morte, havendo a necessidade de hospitalização e/ou cuidados intensivos.

2.2.1 Internação hospitalar geral e de Unidade de Terapia Intensiva adulta

2.2.1.1 Internações hospitalares

A internação em regime hospitalar ocorre quando a pessoa está doente ou necessita de atendimento de saúde especializado, sendo imprescindível a hospitalização. Alguns atendimentos de diagnósticos ou tratamento menos complexos, podem ser realizados em casa com acompanhamento nas unidades básicas de saúde ou ambulatórios, sem necessitar de hospitalização. Alguns exemplos são: exames diagnósticos de bioquímica, radiografia, tomografia, ressonância magnética; curativos; administração de medicamentos; fisioterapias; pequenas cirurgias e outros.

A hospitalização, ou seja, a internação hospitalar é indicada quando a pessoa adoece ou apresenta algum problema em seu organismo, com risco de agravar ou com um grau de gravidade instalado. A possibilidade de agravamento indica a internação hospitalar para melhor acompanhamento e tratamento, sendo ainda motivo de encaminhamento para a UTI.

A atenção básica de saúde tem papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, estando diretamente responsabilizada pelo acompanhamento dos fatores de risco da população sob seus cuidados. Algo positivo que colabora com os serviços da atenção básica é a comunicação entre as equipes de saúde que integram as redes, podendo com isso elevar o poder de ação e intervenção, por meio de discussões sobre a realidade de vida da população e os problemas que afetam sua saúde.

A análise de relação entre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), e as internações totais no país nos anos de 1998 a 2004, mostrou que as primeiras diminuíram de 33,5% em 1998 para 29,3% em 2004, representando um decréscimo de mais de 10% nos sete anos (PERPÉTUO; WONG, 2006). Em 2006 as internações por

CSAP foram responsáveis por 28.5% do total internações/SUS (ALFRADIQUE *et al*, 2009), evidenciando também a tendência temporal de redução dessas no atendimento ambulatorial e primário, em relação à quantidade total de internações.

Os percentuais de diminuição das internações por CSAP não são tão expressivos nos anos de 1998 a 2006, havendo pequenas elevações entre os anos (ALFRADIQUE *et al*, 2009; PERPÉTUO; WONG, 2006). Mas, há de se considerar a influência da atenção básica na melhora dos atendimentos de saúde, desde a sua ampliação na década de 90 com a implantação da ESF, conseqüentemente melhorando a acessibilidade da população brasileira as ações e serviços desenvolvidos pelo SUS.

Prova disso pode ser a comparação entre o crescimento populacional e o decréscimo das internações por CSAP. Segundo o censo brasileiro de 2000 a 2010 a população brasileira teve um aumento próximo dos 12,3%, com maior elevação da população adulta e idosa. Considerando que as fases adultas e idosas têm mais possibilidades de internação (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002), a redução mesmo que pouco expressiva nas internações por CSAP demonstra efetiva atuação dos serviços básicos de saúde e chama a atenção para esta seja intensificada conforme o comportamento epidemiológico evidenciado.

No entanto, a interpretação das internações deve ser cautelosa quanto às causas preveníveis, sensíveis, evitáveis ou inapropriadas. Para uma interpretação adequada é necessário relacionar as características das internações à oferta de serviços de saúde e desse modo obter variáveis como indicadores de vigilância. Um alto índice de internação por condições sensíveis pode não revelar a real fragilidade do sistema de saúde, mas a necessidade de investigação aprofundada, com atenção aos limites de idades, renda familiar ou individual, cobertura dos planos de saúde e a regionalização dos serviços (ALFRADIQUE *et al*, 2009).

A listagem de CSAP consta de 19 categorias (grupos), cada uma com as respectivas subcategorias elaboradas de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Segundo a Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008, p. 01), essa listagem “será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal”.

Porém, é de bom senso que a lista de CSAP de saúde seja adaptada a cada região do país, justificada a partir das diferenças na organização dos sistemas, do perfil epidemiológico da população e doenças prevalentes (ALFRADIQUE *et al*. 2009).

Com relação ao perfil etário de maior taxa de internação por CSAP, no período de 1998 a 2004 no país, surgem as crianças menores de 1 ano e os idosos com 60 e mais anos de idade (PERPÉTUO; WONG, 2006; CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002). Os coeficientes de internação no ano de 1998 revelaram que a maior taxa foi de pessoas com 80 ou mais anos (18,7%), e a menor foi de adolescentes de 10 a 14 anos (2,4%), sendo que as mulheres de 15 a 39 internaram mais (64% do total, a grande maioria por causas obstétricas). Percebe-se o aumento do coeficiente de internação proporcional à elevação da idade a partir dos 15 anos, com picos mais elevados dos 20 aos 29 anos e dos 55 anos acima (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002;).

A população idosa representou 18,3% das hospitalizações em 2001. As taxas de internações foram mais elevadas nas faixas etárias extremas, com aumento gradual após os 50 anos (LOYOLA FILHO *et al*, 2004).

Na faixa etária de 60 anos ou mais a taxa de internação em 2001 foi de 15,2%, percentual superior ao dobro calculado para grupo de 20-59 anos [7,2%] (*idem*). Para cada ano de vida da população adulta, observa-se o acréscimo de 1% de possibilidade de internação, para ambos os sexos (CASTRO; TRAVASSO; CARVALHO, 2002).

A variável crescente de idade associada à ausência de condições capacitantes para a saúde (renda, escolaridade, cobertura de serviços de saúde público e/ou privado) levam a hospitalização de um grande número de pessoas em nosso país, afetando negativamente a recuperação do estado mórbido, podendo ocorrer reinternações, caso não haja intervenção adequada (*idem*).

Utilizando a base de dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS/ano 2001) e a estimativa populacional para o mesmo ano, percebe-se que razão de proporções internações/população foi o dobro maior entre idosos do que entre adultos mais jovens. A razão internação aumenta gradativamente conforme a idade, fato constatado em vários estudos brasileiros e americanos. Essa situação apresenta maior ocorrência de doenças e condições crônicas comuns nos idosos, com possibilidade de agravamento do quadro (LOYOLA FILHO *et al*, 2004).

Conforme dados do SIH/SUS no ano de 2001, as internações permaneceram com tendência de elevação proporcional ao avanço da idade, para ambos os sexos. A população com 60 anos ou mais de idade apresentou como principais motivos de internação as doenças do aparelho circulatório, respiratório e digestivo. Essas correspondem às causas e complicações evitáveis, desde que haja a adesão ao um modo de vida saudável e acompanhamento efetivo dos serviços de saúde (*idem*).

O cálculo da morbidade hospitalar do SUS, por AIHs pagas, no período de janeiro de 2008 a agosto de 2012 no Estado de Goiás, mostrou elevação na faixa etária acima dos 15 anos, com um total de 82% dos pagamentos no grande grupo com 15 a mais anos de idade. A maior elevação esteve na faixa etária de 20 aos 29 anos de idade (DATASUS, 2012a), fase de maior fertilidade feminina, podendo estar relacionada às causas obstétricas como avaliado por Castro, Travassos, Carvalho (2002) num estudo semelhante, com dados de 1998 a 2004. Conforme a tabela 1, do DATASUS (2012a), tem-se por AIHs pagas de 2008 a 2012 as seguintes taxas:

Tabela 1 Descrição das percentagens de AIHs pagas em Goiás, nos anos de 2008 a 2012 por intervalos de idade.

Intervalo de idade em anos	Percentagem
0 a 9	13,7% (maior quantidade na faixa de 1 a 4 anos de idade)
10 a 19	9,8%
20 a 59	52,5%
60 a mais	21,9%

Fonte: DATASUS, 2012a

Atualmente, a população jovem e adulta consome mais os serviços de internação e procedimentos com AIHs, no estado de Goiás. Porém, para melhor verificação dos percentuais seria necessário a comparação dos valores pagos por contingente populacional de cada grupo. Diante da grande quantidade de AIHs pagas para as faixas etárias acima de 15 anos, entende-se que esse grupo necessita de maior oferta de serviços do SUS e que os motivos que levam a procura por atendimentos devem ser analisados.

A análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios-PNAD/1998 trouxe como motivos de internação com maior frequência: casos clínicos (53,8%), parto (20,4%, desses 41,7% cesarianas), casos cirúrgicos (21,8%), psiquiátricos (1,7%) e exames (2,3%). Desses 79,7% internaram uma vez, 12,8% duas vezes, 4,1% três vezes e 3,4% quatro ou mais vezes. As mulheres (8,7%), apresentaram maior taxa de internação em comparação aos homens (5,1%). As pessoas com 80 ou mais anos apresentaram maior taxa de internação (18,7%). As mulheres de 15 a 39 anos internaram mais, a grande parte por motivo obstétrico (CASTRO; TRAVASSO; CARVALHO, 2002).

As doenças dos aparelhos circulatório, respiratório e digestivo respondem por aproximadamente 60% das causas de internação, para ambos os sexos. O predomínio de internações por doenças do aparelho circulatório e do aparelho respiratório entre idosos foram

observadas em estudos no Brasil e nos EUA. São motivos de internações correspondentes às doenças ou complicações que podem ser evitáveis ou minimizadas com incentivo a hábitos de vida mais saudáveis, atentando para a redução do tabagismo, diminuição do consumo de álcool, para uma dieta com menos gordura, para a prática de atividade física rotineira, com educação em saúde, vacinação contra gripe e efetivo atendimento domiciliar (LOYOLA FILHO *et al.*, 2004).

O risco de hospitalizações da população idosa é acentuadamente mais alto do que da adulta mais jovem (20-59 anos), tanto em taxas gerais quanto em taxas específicas por causa. As causas principais de internações hospitalares entre os idosos no ano de 2001, para ambos os sexos, nas faixas etárias de 60 a 69, 70 a 79 e 80 e mais anos foram insuficiência cardíaca, seguida por doenças pulmonares obstrutivas crônicas e pneumonias. Na população jovem, houve predomínio de doenças do aparelho digestivo e causas externas para o sexo masculino, geniturinárias e obstétricas para o sexo feminino; enquanto entre os idosos as doenças circulatórias, respiratórias e digestivas foram os principais motivos (*idem*).

Quanto as variáveis relacionadas ao sexo, motivo e idade de internações em 2001 ocorreu a prevalência de causas externas, doenças digestivas e transtornos mentais/comportamentais entre os homens; e as taxas de internação por doenças geniturinárias, causas obstétricas e doenças digestivas em mulheres foram mais elevadas na faixa etária de 20 a 59 anos (*ibidem*).

De 1998 a 2004 as causas de internações mais frequentes foram pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca, gastroenterites, doenças respiratórias e mentais. A hipertensão, infecção renal e urinária corresponderam a mais de 85% do total das internações possivelmente evitáveis, com 28% do total de internações/SUS. As pneumonias bacterianas e as gastroenterites apresentaram redução nas internações por CSAP, mas se mantiveram como principais causas de internação. A desidratação, desnutrição, diabetes e as Doenças Inflamatórias Pélvicas (DIPs), na mulher tiveram coeficiente considerável, por volta de 5/10.000 internações/SUS (PERPÉTUO; WONG, 2006).

As CSAP mais frequentes nas internações no ano de 2006 foram: gastroenterites (23,2%), insuficiência cardíaca (11,2%), asma (9,7%), doenças das vias aéreas inferiores e pneumonias bacterianas (7,4%), infecção renal e urinária (7,2%), doenças cerebrovasculares (6,5%) e hipertensão [5,2%] (ALFRADIQUE *et al.* 2009).

Em 1998 o tempo médio de permanência (TMP) hospitalar calculado foi 6,3 dias, com 6,5 dias para casos clínicos, 6,8 dias para os cirúrgicos e 16,2% os psiquiátricos (o maior). As internações/SUS corresponderam a 63,1% e as por planos de saúde 24,6%. Nas

internações clínicas e cirúrgicas a média de idade foi de 37 anos e a maioria da população possuía comorbidades (CASTRO; TRAVASSO; CARVALHO, 2002).

Dados referentes aos motivos de internação por faixa etária, disponíveis no Caderno de Informações em Saúde de Goiás-SIH/SUS (2010), ano 2009, trazem como principais causas na faixa etária de 0 a 14 anos e mais de 50 anos as doenças respiratórias (as causas perinatais para os menores de 1 ano), mostrando ser o motivo de maior frequência nos dois extremos de idades. Acima dos 50 anos de idade, além das já citadas doenças respiratórias, tem-se também maior percentual de doenças circulatórias. Na faixa etária de 15 a 49 anos de idades aparecem as causas obstétricas, como ocorrido em 2001 no estudo de Loyola Filho *et al.* (2004), justificando os dados do DATASUS (2012a) sobre a grande quantidade de AIHs pagas nessa faixa etária.

O percentual de motivos de internação calculado para todas as idades, ano 2009, em Goiás mostra em primeiro lugar as doenças respiratórias (16,9%), em seguida as causas obstétricas (15,3%) e em terceiro lugar as doenças circulatórias [11%] (GOIÁS, 2010a).

Os estudos que abordam internações no Brasil apontam maiores taxas referentes aos adultos acima de 50 anos e idosos de 60 anos idade ou mais, tendo como motivos principais as morbidades clínicas: doenças digestivas, circulatórias (cardiovasculares, isquêmicas, cerebrovasculares), respiratórias (asma, pneumonias), renal e de vias urinárias. São morbidades que possuem fatores de risco evitáveis (tabagismo, alcoolismo; dieta inadequada, com alto consumo de gordura e sal, pouco consumo de verdura, legumes e água). Atualmente, as causas circulatórias e respiratórias prevalecem como motivos clínicos de internações nas faixas etárias acima de 50 anos, com pouca variação de gênero.

A análise de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) sobre mortalidade no Brasil nos anos de 1996 a 2005 demonstra maior incidência de mortes por causas externas (violência\traumas), com prevalência significativa de jovens e adultos jovens do sexo masculino, nas idades de 15 a 39 anos. As doenças do aparelho circulatório (cardiovasculares, cerebrovasculares, isquêmicas) apresentaram mortalidade média de 37% em todo o país, com prevalência na faixa etária de 60 anos e mais (IBGE, 2009).

A tabela 2, mostra as percentagens de óbitos por população nas faixas etárias de 15 a 80 anos e mais nas Unidades Federativas do Brasil no ano de 2010, possibilitando uma visão do quadro de mortalidade no país. A taxa média de óbitos calculada para o país em 2010 foi de 0,7%, valor este referente a 33% das UF, com AT de variação de 0.6. Na região centro-oeste as taxas de mortalidade em sequência crescente são: 0,5% Distrito Federal, 0,6% Mato Grosso, 0,7%, Mato Grosso do Sul e Goiás, ressalta-se que Goiás possui a maior população

das quatro UF e todas juntas representam a menor população (7,3% do total) do país nessa faixa etária.

TABELA 2 Distribuição ordenada decrescente de óbitos no Brasil em 2010, por Unidade Federativa, na faixa etária de 15 a 80 anos e mais e % de óbito por população.

UF	Nº de óbitos em 2010	População 2010 de 15 a 80 +	% de óbito na população 15 a 80 + em 2010
São Paulo	254.290	32.295.454	0,8%
Rio de Janeiro	121.777	12.604.290	1,0%
Minas Gerais	115.918	15.203.309	0,8%
Rio Grande do Sul	75.749	8.461.425	0,9%
Bahia	70.582	10.426.812	0,7%
Paraná	64.075	8.053.026	0,8%
Pernambuco	51.571	6.951.342	0,7%
Ceará	41.335	6.264.131	0,7%
Santa Catarina	33.194	4.886.123	0,7%
Goiás	30.826	4.562.239	0,7%
Pará	27.787	5.226.650	0,5%
Maranhão	23.378	4.600.713	0,5%
Paraíba	22.170	3.057.393	0,7%
Espírito Santo	20.227	2.703.335	0,7%
Alagoas	16.405	2.321.681	0,7%
Rio Grande do Norte	15.183	2.382.025	0,6%
Piauí	14.446	2.288.324	0,6%
Mato Grosso	13.850	2.255.487	0,6%
Mato Grosso do Sul	13.550	1.837.311	0,7%
Amazonas	11.525	2.327.972	0,5%
Sergipe	10.201	1.151.495	0,9%
Distrito Federal	9.979	1.961.667	0,5%
Rondônia	6.519	1.102.089	0,6%
Tocantins	5.864	979.493	0,6%
Acre	2.607	486.329	0,5%
Amapá	1.777	447.666	0,4% (li)
Roraima	1.437	301.592	0,5%
-	1.076.222	144.823.504	Média 0,7%

Fonte: DATASUS, 2011b; IBGE, 2011.

Com base nos dados estatísticos do Ministério da Saúde (MS), e do IBGE apresentados na tabela 2, tem-se o estado de São Paulo com a maior população em idades de 15 e mais anos. O Rio de Janeiro apresentou a segunda maior população na faixa etária de 15 a 80 anos e mais (41% a menos que a população de São Paulo), mas com a maior taxa de mortalidade do país (1%) em 2010, vindo em seguida o Rio grande do Sul e Sergipe com 0,9%, São Paulo, Minas Gerais e Paraná com 0,8% (DATASUS, 2011b; IBGE, 2011). Esses dados demonstram maior incidência de óbitos na população com idades acima de 15 anos nas regiões sul e sudeste (com exceção de Sergipe) do país e sua provável relação, a qual deve ser avaliada, com o contingente populacional e outros agravantes socioeconômicos de influência (pobreza, violência, agitação).

A tabela 3, apresenta a elevação de mortalidade na população de 15 a 80 e mais anos de idade de 2009 a 2010. Percebe-se redução da mortalidade na população do Ceará e Rio Grande do Norte, e que Roraima apresentou a maior taxa de elevação anual (12%), seguido do Mato Grosso do Sul (7,6%), Goiás (7%) e Tocantins (6,9%). Observa-se que 37% das UF nesse período apresentaram elevação de mortalidade acima da média calculada (DATASUS, 2010; DATASUS, 2011b; IBGE, 2010b). Contudo, numa melhor avaliação das reduções, baixas e altas taxas de elevação de mortalidade cabem à análise das situações socioeconômicas da população.

TABELA 3 Distribuição ordenada decrescente de óbitos no Brasil em 2009, por Unidade Federativa, na população de 15 a 80 anos e mais e % de elevação de 2009 a 2010.

UF	Nº de óbitos em 2009	% elevação de óbito 2009/2010
São Paulo	245.552	3,4%
Rio de Janeiro	117.926	3,1%
Minas Gerais	109.134	5,8%
Rio Grande do Sul	74.450	1,7%
Bahia	67.432	4,6%
Paraná	62.002	3,2%
Pernambuco	51.221	0,7%
Ceará	41.350 (redução)	0%
Santa Catarina	32.446	2%

Continua

TABELA 3 Distribuição ordenada decrescente de óbitos no Brasil em 2009, por Unidade Federativa, na população de 15 a 80 anos e mais e % de elevação de 2009 a 2010.

UF	Nº de óbitos em 2009	% elevação de óbito 2009/2010
Goiás	28.662	7%
Pará	26.652	4,1%
Maranhão	22.811	2,4%
Paraíba	21.479	3,1%
Espírito Santo	19.395	4,1%
Alagoas	15.538	5,9%
Rio Grande do Norte	15.256 (redução)	0,5%
Piauí	14.310	0,9%
Mato Grosso	13.024	6%
Mato Grosso do Sul	12.524	7,6%
Amazonas	11.042	4,2%
Sergipe	9.943	3,5%
Distrito Federal	9.932	0,5%
Rondônia	6.151	5,6%
Tocantins	5.461	6,9%
Acre	2.460	5,6%
Amapá	1.705	4%
Roraima	1.265	12% (1s)
Média de elevação	1.038.823	4,3%

Fonte: DATASUS, 2010-2011b; IBGE, 2010b.

Na tabela 3, constata-se como limite superior de ocorrência de óbitos nas UF do Brasil em 2009, São Paulo e o inferior Roraima. A amplitude total de distribuição foi de 244.285 óbitos. Quando distribuídos em seis classes de intervalos (48,857), conforme Regra de Sturges (FERRARI, 2004), obteve-se a maior frequência 18 na classe 1,265 | 50,122 totalizando 72% das UF do país, incluindo Goiás. A diferença da quantidade de óbitos nos dois anos é de 37.399,00, mostrando ser um valor de alteração significativo em 2010 por representar $p >$ que 5% (valor correspondente a 10.388,23), uma vez que a taxa de elevação

populacional na faixa etária de 15 a 80 e mais anos de idade de 2009 a 2010 correspondeu a aproximadamente 1.7%.

Com relação às causas de mortalidade em Goiás e Anápolis nos anos 2000 a 2009, na população de 15 a 80 e mais anos, as doenças circulatórias corresponderam as maiores taxas de óbito, conforme apresentado na tabela 4 (DATASUS, 2011a).

Quadro 4 Média de ocorrência, elevação e redução das principais morbidades consideradas causas de óbitos em Goiás e Anápolis nos anos de 2000 a 2009.

Localidades	Morbidades por sequência de incidência	Média de ocorrência ao ano	Anos e % média de elevação	Anos e % média de redução
Goiás	Doenças circulatórias	7.2 mil casos	2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2006, 2008= 7 anos (5,5%)	2005, 2007, 2009= 3 anos (2,2%)
	Neoplasias	3.2 mil	2000 a 2004, 2006 a 2009= 9 anos (6,2%)	2005 (4%)
	Doenças respiratórias	2.6 mil	2000, 2001, 2002, 2004, 2006, 2007, 2008= 7 anos (9%)	2003, 2005, 2009= 3 anos (1,8%)
Anápolis	Doenças circulatórias	1.9 mil casos (26,4%)	2001, 2002, 2003, 2007 e 2008= 5 anos (11,6%).	2000, 2004, 2005, 2006 e 2009= 5 anos (2,2%).
	Doenças respiratórias	248 casos	2001, 2002, 2004, 2007, 2008, 2009= 6 anos (25%)	2000, 2003, 2005, 2006= 4 anos (14,8%)
	Neoplasias	207 casos	2001, 2002, 2004, 2005, 2007 (14,%)	2000, 2006, 2008= 3 anos (8,6%)

Fonte: DATASUS, 2011a

No quadro 4, tem-se que 26,4%, dos casos de óbitos por motivos circulatórios ocorreram em Anápolis, sendo a média de elevação anual em Anápolis duas vezes maior a média calculada para o estado. As neoplasias vieram em segundo lugar em causas de óbitos em Goiás e as doenças respiratórias em terceiro na população e anos referidos (*idem*).

Em Anápolis as doenças respiratórias foram a segunda maior causa de óbito. As causas neoplásicas de óbito em Anápolis ficaram em terceiro lugar, com acentuada elevação de 2006 para 2007 em 50%. As taxas média de elevação anual calculadas nos anos de 2000 a 2009 mostraram-se aumentadas com relação as calculadas para o estado de Goiás, com valores superiores ao dobro das médias (*ibidem*).

Na população acima de 50 anos de idade residente em Goiás, as doenças circulatórias seguidas respectivamente das causas mal definidas, neoplasias e doenças respiratórias apresentaram elevada taxa de mortalidade em 2008. As causas mal definidas apresentaram taxas mais elevadas de mortalidade em idades menores ou iguais a 14 anos (26%), porém a média de óbito em idades de 20 a 49 anos foi a mais alta do período (49,9%). A maior taxa de mortalidade por causas externas esteve nas idades de 10 a 49 anos, média de 56,8% óbitos (GOIÁS, 2010a).

A tabela 4, apresenta a taxa média de elevação de óbitos em Goiás, na capital e cidades mais populosas do estado, da população de 15 a 80 e mais anos de idade nos anos de 2000 a 2010.

TABELA 4 Média de óbito, elevação e redução anos 2000 a 2010, na população de 15 a 80 anos e mais, no Estado de Goiás, em Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis.

Estado de Goiás e cidades	População em 2010		Média de óbitos/ano		% Média de elevação anual	% Média de redução anual
Goiás	4.562.239	% estadual da população	27 mil	% estadual dos óbitos	4%	2,2% (1 ano)
Goiânia	1.302.001	29%	10 mil	37%	4%	0%
Aparecida de Goiânia	455.657	9%	1.1 mil	4%	18%	7% (4 anos)
Anápolis	334.613	7%	1.9 mil	7%	12%	2% (4 anos)

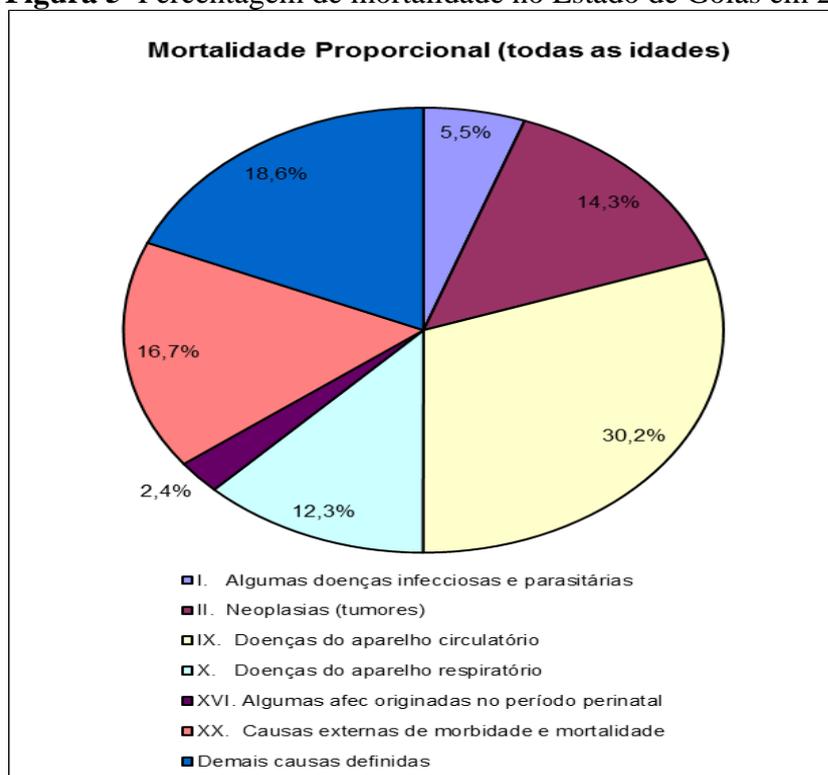
Fonte: DATASUS, 2011a; IBGE, 2011.

Os dados de mortalidade em Goiás na população de 15 a 80 anos e mais vistos na tabela 4 apresentam a média de 21 mil óbitos por ano, sendo a taxa de elevação em Goiás e Goiânia semelhantes. Comparando com Goiânia, em Aparecida de Goiânia a elevação média anual de óbitos é quase cinco vezes maior e em Anápolis três vezes superior, ambas com elevação muito superior à calculada para o País (de 2009 a 2010 4% nas UF). Embora a percentagem populacional e a média de elevação anual de óbitos em Anápolis sejam inferiores a Aparecida de Goiânia, a taxa de óbito da população é (3%) superior em Anápolis.

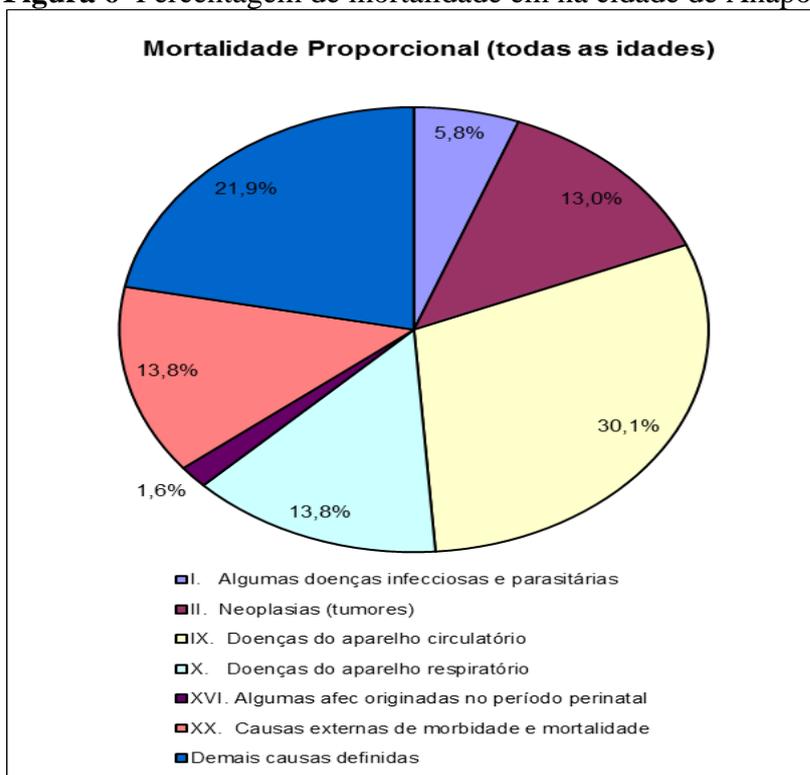
Vale ressaltar que as maiores taxas anuais de elevação de óbitos na faixa etária de 15 a 80 anos de idade ou mais foram: em Goiás de 2007 para 2008 7,9%, em Goiânia de 2001 para 2002 9,4%, em Aparecida de Goiânia de 2009 para 2010 39% e em Anápolis de 2006 para 2007 32%. Em Goiânia não houve redução dos óbitos no período de 2000 a 2010, no entanto manteve a taxa média de elevação semelhante a do País (DATASUS, 2011a; IBGE, 2011).

O quadro de mortalidade geral (e grande parte corre nos hospitais e UTIs), em Goiás e Anápolis no ano de 2008, conforme apresentado nas figuras 2 e 3 mostra a grande prevalência das doenças circulatórias como causas de óbitos.

Figura 5 Percentagem de mortalidade no Estado de Goiás em 2008.



Fonte: GOIÁS, 2010a

Figura 6 Percentagem de mortalidade em na cidade de Anápolis/Goiás em 2008

Fonte: GOIÁS, 2010a

As doenças circulatórias são as causas mais frequentes e prevalentes de morte em Goiás e todo país. Acometem com maior frequência a população acima dos 50 anos de idades, sendo a terceira maior causa de hospitalização em Goiás, ano de 2009 (GOIÁS, 2010a). Possuem como fatores de riscos modificáveis, em que se adaptando as condições sociais para melhora da qualidade de vida, pode-se evitar o adoecimento e as complicações que levam a sequelas graves e a morte.

Iniquidades na saúde que leva a população a maior possibilidade de adoecimento e morte estão relacionadas a precária situação socioeconômica. Pessoas com condição financeira e escolaridade baixa apresentam maior possibilidade de adoecimento e internação. Entretanto, são as de melhor renda que possuem planos de saúde e internam com maior frequência, sendo os motivos cirúrgicos mais presentes nesses casos (possivelmente estéticos ou cirurgias ditas eletivas no SUS, mas que são agilizadas com planos de cobertura). No geral, os que mais internam possuem mais comorbidades, estado de saúde e funcional precários, restrições físicas e de atividades habituais (CASTRO; TRAVASSO; CARVALHO, 2002).

Salienta-se que “o setor hospitalar tende a responder às demandas das pessoas com pior condição social” (*idem*, p. 810). As desigualdades socioeconômicas em nosso país configuram uma forte barreira a ser vencida em todos os níveis de atenção à saúde. Na

promoção e prevenção, o desafio de levar a população o entendimento das possíveis formas de se manter saudável e evitar doenças em condições de vida não favoráveis. Na recuperação, há o esforço em atender a uma demanda crescente, apresentando morbidades cada vez mais complexas (Dengue, infecções pelo vírus H₁N₁, Pneumonias inespecíficas, Cardiopatias, etc) e recursos insuficientes.

As questões que envolvem o adoecimento e atenção à saúde de grande parte da população brasileira (os mais carentes e vulneráveis ao adoecimento), estão relacionadas com a qualidade de vida, ou seja, no modo como as pessoas vivem, sobrevivem, cuidam-se ou são cuidadas. Profissionais e gestores da saúde têm papel fundamental nos trabalhos que beneficiam a saúde da população, mas não são os únicos, pois no processo de atenção a saúde faz-se necessário a constante participação e compromisso individual, da comunidade e de toda organização política país.

Contudo, mesmo que haja bom atendimento de saúde, qualquer pessoa, em qualquer idade pode vir a necessitar de internação hospitalar e/ou em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A UTI é um setor hospitalar referência para casos de doenças, risco ou complicações graves, respaldando os atendimentos em situações de urgência e emergência, trazendo maior segurança para o usuário e profissionais de saúde no tratamento indicado.

2.2.1.2 Internações em Unidade de Terapia Intensiva

A UTI surgiu em 1930, com o advento da ventilação artificial (atualmente denominada Ventilação Mecânica), num período de epidemia mundial da poliomielite. Mas, foi na década de 60 que se deu início a padronização das manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Em 1970, foi criada a primeira UTI no Brasil, localizada na Policlínica de Fortaleza. O surgimento da UTI possibilitou a recuperação do doente grave e seu retorno à vida social; geração de prestadores de serviços, vendas de equipamentos, materiais, medicamentos e a criação de novos empregos (MATSUI, 2008).

A UTI é um setor hospitalar que atende as pessoas em estado grave ou com risco de agravamento, com diferentes morbidades, com potencial de recuperação numa assistência contínua (BRASIL, 2010; MATSUI, 2008; MARINI, WHEELER, 1999). Na UTI o trabalho é desenvolvido por uma equipe de saúde que discute e compartilha informações sobre o doente, objetivando a eficácia no tratamento. A equipe da UTI normalmente é composta por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e biomédicos (MARINI e WHEELER, 1999).

As pesquisas envolvendo situações das UTIs, possibilitam obter informações que podem ser utilizadas nos planejamentos de saúde local, regional e estadual. Os estudos voltados para a atuação profissional, dados de internação ou de atendimento aos usuários do SUS/UTIs, podem promover a atualização da equipe e o melhor desenvolvimento dos serviços prestados, produzir conhecimento que venha ser utilizado no planejamento estratégico da oferta de leitos e recursos, e ainda no melhor seguimento por parte da atenção básica àqueles com perfil demográfico e epidemiológico de risco identificado. Podem ser ofertados, com base nos conhecimentos produzidos em análise de internações, serviços que concretamente promovam o acesso hospitalar integral e equânime, por meio da regulação justa e consciente no SUS.

Com relação ao perfil de internação geral no Brasil, os estudos nos mostra a prevalência de doenças circulatórias e respiratórias, incidindo em uma maior demanda dessas nas UTIs adultas. A busca por estudos abordando internações em UTIs adultas apresentou limitação quanto a quantidade realizada no Brasil, não encontrando publicações de Goiás abordando o tema, provavelmente devido às restrições de acesso aos dados ou talvez por falta de interesse científico pela questão. No entanto, os estudos (3 dissertações de mestrado e 9 artigos/de 2005 a 2010) aqui discutidos são completos no tratamento do tema e elucidam as características das internações no ambiente de UTI adulta.

Comparando as características e evolução clínica de 600 pacientes internados em quatro UTIs gerais, entre 2006 e 2007 em São Paulo, observou que a maioria da amostra possuía 60 anos ou mais (53,60%). O tempo médio de permanência esteve entre 8 e 9 dias e não houve significativa relação entre esta variável e as idades dos pacientes. A maioria (80%) proveniente do centro cirúrgico e pronto socorro. Prevaleceu o antecedente de adoecimento circulatório (56,7%), endócrino, nutricional e metabólico (27,83%) e neoplásico (18,83%). A taxa de mortalidade foi de 20%, com cerca de 25% na faixa etária de 60 a 80 anos (compondo a maioria da amostra) e 64,79% dos internados na UTI ao receberem altas foram encaminhados à unidade semi-intensiva. Quanto a gênero 56,5% eram do sexo masculino e a maioria da amostra (46,50%) tinha idades entre 18 e 60 anos. A comorbidade circulatória esteve presente em todas as faixas etárias analisadas. A disfunção renal foi a mais encontrada (70%) em todas as faixas etárias, aumentando a incidência conforme a evolução das idades. Os que sobreviveram apresentaram melhor estado clínico (OLIVEIRA, 2010).

Ao caracterizar as vítimas de traumas internadas nas UTIs do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina do estado de São Paulo, no ano de 2006, em uma amostra de 185 vítimas, contactou-se a maior frequência (35,14%) populacional jovem, com idades

entre 18 e 28 anos, com média de idade de 38,95 anos, a maioria do sexo masculino (76,8%). A média de permanência foi de 16,6 dias, mas foi expressiva a quantidade de internados (14,60%) por mais 30 dias. O motivo de internação predominante (63,79%) foi acidente de transporte. A maioria recebeu alta das UTIs (78,38%) e foi encaminhada a unidade de internação geral. A taxa de mortalidade nas UTIs foi de 21,62%, considerada alta e podendo estar relacionada ao grande número de vítimas de Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE). Mais da metade das vítimas apresentaram comprometimento pulmonar (70,81%) e neurológico (57,29%). Dessa amostra, 79,46% foram submetidos a algum procedimento cirúrgico (NOGUEIRA, 2008).

Em outro estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ano 2006 a 2007, foram analisados 533 pacientes traumatizados de 18 aos 95 anos, atendidos e internados no Pronto-Socorro. Constatou-se que maioria da população era jovem (61,9%) com idades entre 18 e 40 anos, do sexo masculino (80,5%), 42,2% desses necessitaram de internação em UTI e 32,4% permaneceram menos de 1 dia. Os traumas mais frequentes foram de causas externas (61,9%), provocados por acidentes de transporte. Os desfechos dos traumas fatais foram 23,1% (DOMINGUES, 2008).

Analisando a gravidade dos pacientes em UTI de um Hospital Universitário Brasileiro, foram observados 300 pacientes admitidos no período de março de 2004 a julho de 2005. Desses 51,7% eram do sexo masculino com idades entre 19 e 54 anos, com a prevalência de pessoas com idades acima de 60 anos (43%). As principais patologias encontradas foram de causas respiratórias e cardiovasculares. A média de permanência esteve entre 7,5 a 8,2 dias e a mortalidade 32,5% (FEIJÓ *et al*, 2006).

Da análise de 85 prontuários de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, de março a maio de 2009, na Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (MG), foram descritos três óbitos, dois desses operados em caráter de urgência e um que permaneceu na UTI por 21 dias. Dos 85 casos analisados, 61,17% eram do sexo masculino, a média de idade 59 anos, todos submetidos à cirurgia cardíaca e a maioria (45,88%), permaneceram na UTI por 2 dias. As complicações que elevaram o tempo permanência na UTI associaram-se a doença respiratória, VM prolongada, diabetes, infecções, insuficiência renal, Acidente Vascular Encefálico (AVE) e a instabilidade hemodinâmica, como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), arritmias e Infarto Agudo do Miocárdio [IAM] (LAIZO; DELGADO; ROCHA, 2010).

Um estudo retrospectivo realizado numa UTI adulta geral do Hospital Universitário na Gran Canária (Espanha), em 6 anos consecutivos (2001 a 2006) descreveu as

características e prognósticos dos pacientes adultos, com idades acima de 70 anos. Dos 3.786 internados na UTI, 853 (22,5%), tinham mais de 70 anos e 42 (4,92%) desses permaneceram por 30 dias ou mais. O diagnóstico cardiovascular liderou a população com menos de 30 dias, o cirúrgico e outros clínicos lideraram mais significativamente os internados com 30 dias ou mais (CABRERA *et al*, 2008).

Quanto às características dos internados na UTI do Hospital Universitário da Gran Canária, nos 6 anos, obteve-se a média de idade de 59,6 anos e a prevalência do sexo masculino (66,72%). A VM esteve presente em 45,31% dos internados com menos de 30 dias e em 100% dos que permaneceram por 30 dias ou mais, estando essa associada à gravidade, a longa permanência e a maior mortalidade no setor. Verificou-se que a taxa de mortalidade foi menor (19,46%), na população com menos de 30 dias e maior (22,05%), para os 4,9% que permaneceram 30 dias ou mais. A taxa de mortalidade na UTI foi de 19,5%. A taxa de sobrevivência para os 853 idosos até um ano após a alta da UTI foi de 50%, 21 vivos e 21 mortos (CABRERA *et al*, 2008).

Em um estudo abordando a mortalidade em UTI adulta clínica e cirúrgica em 2003, apresentou que 345 pacientes tiveram como principais causas de morte: choque séptico (27,4%), disfunção orgânica múltipla (25,9%), insuficiência respiratória (25,2%), sepse (5,9%) e outras causas (15,6%), sendo a taxa de mortalidade 49%. A idade média dessa amostra foi de 56 anos, na maioria (52,2%) mulheres. O tempo médio de permanência foi de 9,5 dias (MORAES; FONSECA; LEONI, 2005).

Identificando as variáveis associadas à mortalidade de internados na UTI Adulta do pronto socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, de 2000 a 2002, obteve a maioria da amostra composta por homens (62%), a idade média calculada foi de 58 anos e os motivos clínicos foram prevalentes. Houve prevalência dos diagnósticos de insuficiência coronariana, doenças cerebrais (AVE, TCE e Neurocirurgia), e insuficiência respiratória. A HAS e a diabetes mellitus tipo 2 foram as comorbidades mais encontradas. A média de permanência foi 6,5 dias. A taxa de mortalidade nos dois anos foi de 24%. O gênero não teve significância no desfecho para morte. Constatou-se ainda, alta mortalidade nos que apresentaram diagnósticos de choque, doenças cerebrais e insuficiência respiratória (MATSUI, 2008).

Objetivando avaliar fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma UTI adulta, num período de seis meses, no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas foram analisados dados de 401 sujeitos, 59,6% homens e 40,4% mulheres, com idade média de 53,8 anos. Desses, 22,4% possuíam menos 40 anos de

idade, 38,7% com idades entre 40 e 60 anos e 38,9% acima de 60 anos. O tempo médio de internação foi de 8 dias. A taxa de mortalidade foi de 13,46%. (OLIVEIRA *et al*, 2010).

Ao descrever sobre o uso de Ventilação Mecânica Invasiva (VMI), e fatores de risco para mortalidade na população acima de 18 anos internados em UTI adulta, no período de um ano, obteve-se uma amostra de 81 pessoas, 62 (75,5%) com idades acima de 65 anos e 19 com idade igual ou abaixo de 65 anos. O grupo de idosos apresentou maior tempo de VMI e elevada mortalidade, relacionada à dificuldade para a extubação, disfunções respiratórias consequentes da VMI, polineuropatias da gravidade, disfunção múltipla dos órgãos, uso de sedativos e corticoides. A permanência em VMI por mais de 4 dias foi um indicador de maior mortalidade na população estudada (SILVA *et al*, 2009).

A elevada mortalidade nos pacientes que permanecem em VMI por tempo prolongado se deve a “forte influência negativa em relação à perda de força muscular e consequente dificuldade de retirada da VMI em pacientes idosos, tornando-se um ciclo vicioso” (*idem*, p. 267). A VMI indica um quadro de maior gravidade nos internados em UTI, pode sem dúvida manter a pessoa viva enquanto está impossibilitada de respirar (por motivos neurológicos, traumas pulmonares, pneumonia grave...), mas a possibilidade de recuperação é maior quando é utilizada por menor tempo.

Investigando a qualidade de vida dos que após dois anos receberam alta da UTI clínica e cirúrgica, ano 2003 a 2004, obteve-se um total de 380 pessoas que estiveram internadas no setor. A mortalidade dessa amostra na UTI foi 18,4% e após a alta do setor, mas ainda no hospital foi 23,1%; fora do hospital a mortalidade em menos de 6 meses foi 15,2%, entre 6 e 12 meses 6,6% e entre 12 e 24 meses 3,1%. Desses, somente 100 (26,5%), dos que sobreviveram aceitaram participar do estudo e entrevista. Conforme respostas obtidas, 90% dos participantes não necessitavam de cuidado especializado, 64% eram do sexo masculino, com a média de idade variando entre 14 a 68 anos; o tempo de permanência na UTI referido foi 3 a 8 dias e no hospital 7 a 20 dias. Os principais motivos de internação relatados foram a cardiopatia isquêmica (55%) e a sepse (31%). Foi significativa a queda na qualidade de vida dos que sobreviveram, fato associado às sequelas por AVE (polineuropatias), porém mantiveram a capacidade funcional para o autocuidado (CABRAL *et al*, 2009).

As sequelas mais citadas após alta da UTI foram as doenças neuromusculares, a insuficiência renal terminal e a incapacidade cognitiva. Uma variedade de neuropatias é apresentada por quase todos os pacientes, devido à gravidade do quadro vivido na UTI, o que aumenta o tempo de ventilação mecânica, dificultando e prolongando a recuperação e a alta. O uso da VM por mais de sete dias demonstra maior mortalidade (48%), nos portadores de

neuropatias, sendo a incidência de morte menor nos sem neuropatias (19%). As neuropatias predizem maus prognósticos que incidem em maior tempo de hospitalização, no aumento dos custos econômicos para usuários e sistemas de saúde e consequente perda na qualidade de vida do assistido (*idem*).

Avaliações acerca da capacidade para o convívio social ou exercício de atividades comuns dos pacientes após a alta da UTI ainda são pouco divulgadas no meio científico (*ibidem*). Sabe-se que o retorno da pessoa que sobrevive a uma internação em UTI para o convívio social, depende de vários fatores que podem ajudar ou dificultar o processo de readaptação as atividades habituais, que podem ser: a gravidade vivenciada durante a internação; as sequelas adquiridas e como cada um sente e enfrenta essa nova situação; a condição financeira, que possibilita melhor custeio do tratamento e acompanhamento multiprofissional; as condições psicológicas individuais, independentes da hospitalização (autoestima e autocuidado); e, o que se considera o guincho para a melhora na qualidade de vida e saúde da pessoa, a sustentação e o apoio familiar e social.

O perfil de prevalência dos internados em UTI adulta apresentado nos estudos, mostra que a maioria das internações é de pessoas do sexo masculino, com idades de 59 anos para mais, sendo exceção a internações por traumas, que ocorrem em população mais jovem de 18 a 40 anos; o tempo de permanência variando em 8 dias; a taxa de mortalidade em 20%, estando esta relacionada com a idade avançada e tempos de VMI e de permanência prolongados.

Percebe-se pelas análises das internações em UTIs adultas, que este não é um setor do hospital destinado somente para idosos e doentes em fase de morte. A taxa de sobrevivência é alta (cerca de 70 a 80%), existindo uma alta incidência de internações de pacientes jovens por motivos de trauma, que em outro local do hospital talvez não sobreviveriam. Outra situação de alerta, é a de motivos que levam a população de maior idade adulta e idosa à UTI por motivos circulatórios e respiratórios, motivos que poderiam receber bom tratamento em domicílio, evitando-se piora do quadro, ou ainda, que poderiam ser evitadas com a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e efetivo acompanhamento da atenção básica.

A UTI é sim um setor de extrema importância no sistema de saúde. Não pode faltar para esta área de alta complexidade e densidade tecnológica, recursos necessários e adequados ao seu melhor funcionamento, pois estes garantem o melhor tratamento e uma maior taxa de sobrevivência da população atendida.

Sabendo da real dependência de tratamento em UTI por uma pessoa que se encontra gravemente doente ou em risco de morte, fortalece o desejo dos autores deste estudo em tratar do assunto em questão e possivelmente, contribuir para o conhecimento do perfil local das internações, especificamente UTIS adultas, no Estado de Goiás e com isso amparar a melhora na atenção à saúde da população, em todos os níveis de atendimento do SUS.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPOLOGIA

Esta é uma pesquisa baseada na coleta, organização e análise de dados secundários, extraídos de documentos (arquivos e livros), internos das UTIs adultas (FONSECA, 2002; FREITAS; MOSCAROLA, 2002). É voltada ao estudo de prevalência, de comparação e relação entre as variáveis.

Optou-se pelo modo de pesquisa quantitativo e descritivo na exploração de documentos, contendo dados e informações retrospectivas de internações (FONSECA, 2002; FREITAS; MOSCAROLA, 2002; OLIVEIRA, 2002). A abordagem quantitativa possui a vantagem de objetividade e confiabilidade na apresentação e discussão dos dados (FONSECA, 2002).

Os dados coletados foram arquivados e serão mantidos por cinco anos, sob a responsabilidade da pesquisadora. Após esse tempo serão incinerados e apagados. Não haverá ônus ou remuneração para os membros das instituições participantes.

3.2 LOCAIS DE PESQUISA

No caso desta pesquisa, o estudo do perfil das internações necessita da busca de dados que possam caracterizar as amostras com informações que atendam aos objetivos. Assim, tornaram-se locais de pesquisa o Hospital Santa Casa de Misericórdia, Hospital de Urgência Dr. Henrique Santillo e Hospital Evangélico Goiano, todos em funcionamento, situados em Anápolis, Goiás. A escolha dessas unidades de saúde se deve ao fato de serem referências no município e na microrregião Pirineus, no tratamento especializado e cuidados intensivos, principalmente para os usuários do Sistema Único de Saúde.

O Hospital Geral Santa Casa de Anápolis é uma instituição de saúde especializada, com atendimento majoritário do SUS e em menor proporção ao sistema privado. Conta com 155 leitos destinados ao SUS, correspondendo a 87% da capacidade total dos 178 leitos existentes. Seu fluxo de clientela é de demanda espontânea e referenciada. Possui um complexo de terapias intensivas neonatal, pediátrica e adulta. Tem registrado na Unidade de Terapia Adulta tipo II¹, 10 leitos, 8 SUS (CNES, 2013). É um estabelecimento de saúde filantrópico e privado, sem fins lucrativos, referência no município por oferecer

¹ As unidades que comprovam o cumprimento das especificações do anexo desta Portaria n 3432, credenciadas pelo gestor nos tipos II ou III, de acordo com a necessidade de assistência da localidade onde estão inseridas (BRASIL, 1998).

atendimento do simples ao denso em tecnologia, com acessibilidade aos exames diagnósticos complexos (ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética...), e aos serviços de UTIs.

O Hospital de Urgência Dr. Henrique Santillo (HUHS), é um pronto socorro geral, cuja esfera administrativa é Estadual e a organizacional é do Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Atende a média e alta complexidade, com o fluxo de clientela referenciada, principalmente por condições traumáticas graves, sendo atendidas integralmente pelo SUS. No total, possui 113 leitos, 18 desses são UTI adulto tipo II, habilitada no mês 10 de 2008 (*idem*).

O Hospital Evangélico Goiano é uma instituição de saúde privada que atende parte (45%) de usuários do SUS. Oferece atendimento espontâneo, referenciado e ambulatorial de média e alta complexidade, sob gestão municipal. No total são 180 leitos, sendo 81 para os usuários do SUS, tendo cadastrados 34 de UTI adulto tipo II, desses 15 SUS (*ibidem*).

Os responsáveis pelo ensino e pesquisa das instituições mencionadas foram procurados e a eles foram entregues uma via do projeto, uma via dos Termos de Instituição Coparticipante (TICP), e de Autorização para Utilização e Manuseio dos Dados (TAUMD). Foi aguardado o tempo solicitado pelos responsáveis para avaliação. Após o tempo determinado as autorizações foram todas assinadas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UniEVANGÉLICA, com o Número do Parecer: 198.187. Data da Relatoria: 18/02/2013. CAAE: 01170012.5.0000.5076. (Anexo 8)

3.3 DADOS UTILIZADOS

O conjunto de dados utilizado nesta pesquisa representa toda a população atendida nas UTIs adultas dos três hospitais selecionados, de janeiro a dezembro de 2012.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada nos documentos de internação, atentando para todas as seguintes informações: data de admissão, alta, desfecho (morte, transferência para outro setor do hospital ou outra UTI), sexo, idade, motivo de internação e procedência. (Apêndice 1).

Os dados de internação constituem documentos institucionais e pessoais dos usuários que passaram pelas UTIs. Neste caso, deve haver por parte do pesquisador o cuidado

no manuseio dos dados, para não haver exposição das identidades das amostras, bem como do mau uso das informações em interpretações não confiáveis. Para que o estudo seja seguro e confiável, os dados foram transcritos, codificados, classificados e categorizados conforme os objetivos da pesquisa.

Os dados foram estratificados em variáveis descritivas (qualitativas) como: sexo, motivo da internação, desfecho (alta, transferência, óbito); e as variáveis numéricas, descrevendo a idade em anos e o tempo de permanência em dias, utilizando a data de entrada e saída no setor para o cálculo.

A coleta de dados foi realizada de diferentes formas. Na Santa Casa e no Hospital Evangélico Goiano os dados foram coletados por meio de fotos das anotações nos livros das UTIs adultas. No Hospital de Urgência Henrique Santillo (HUHS) foi disponibilizado dois volumes de impressos que identificavam as internações nas UTIs adultas 1 e 2. As fotos e os arquivos foram transcritos para uma planilha Excel, classificados, agrupados e revisados.

3.5 TRATAMENTO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Optou-se pelo método quantitativo, visando minimizar os erros e apresentar com maior precisão os resultados (OLIVEIRA, 2002). Toda atenção esteve voltada para a máxima precisão na organização, leitura e interpretação dos dados.

Os dados foram copiados e codificados em números sequenciais, garantindo dessa forma, o sigilo e a confidencialidade das identidades dos usuários dos serviços, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde nos estudos envolvendo seres humanos (dados secundários de internação referentes a seres humanos).

Para fortalecer a confiabilidade das discussões foram utilizadas referências que tratavam do tema. Fez-se uso das bibliografias citadas, sendo estes *downloads* de Arquivos do Ministério da Saúde, IBGE, artigos da *Scielo*, da Biblioteca Digital da Universidade Estadual de São Paulo, da Biblioteca digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo. As palavras chaves de busca foram mortalidade e terapia intensiva. Os conteúdos baixados foram arquivados em pastas, em documentos *Microsoft Word*, Excel e *Adobe PDF*.

Os indicadores de morbimortalidade (baseados nas taxas de motivos de internação e mortes), quando comparados com outras variáveis apresenta a situação de atendimento na atenção terciária/UTI (BRASIL, 2005). Essas informações permitem a análise da situação de saúde da população regional e dos municípios que compõe a microrregião Pirineus

referenciados para Anápolis, bem como, possibilita identificar o perfil de internações no universo das UTIs adultas, com atendimento ao SUS.

Entende-se que o conjunto de dados coletados seja representativo, visto que todas as internações nas UTIs adultas de Anápolis, no ano de 2012 foram tratadas. Os dados desse período caracterizam a população jovem, adulta e idosa usuária dos serviços desse setor. A escolha do ano de 2012, deve-se ao período mais atual para coleta de dados e a utilização desses num ou período completo de um ano, ou seja, de janeiro a dezembro.

Os dados foram classificados conforme suas características. Foram encontradas as seguintes variáveis: sexo, idade, o motivo da internação ou especialidade médica, datas de internação e desfecho (alta ou óbito). Os dados comuns encontrados foram: o nome, a data de internação, o desfecho e a data do desfecho.

Dos registros contendo o nome, obteve-se o sexo. A dificuldade na classificação do sexo ocorreu nos nomes comuns para homens e mulheres, logo, optou-se pela denominação indeterminado das variáveis nesses casos.

A idade foi calculada a partir das datas de nascimentos registradas nos livros da Santa Casa e nos arquivos do Hospital de Urgência. Nos registros do Hospital Evangélico Goiano não havia a idade ou a data de nascimento descrita, por isso não houve análise dessa variável nesse local.

Os registros que continham as datas de internação, alta, óbito ou transferência possibilitaram o cálculo do tempo de permanência. Após o cálculo do tempo de permanência, deu-se a classificação do resultado em dias. Como a sequência de dias de permanência ficou extensa para elaboração da tabela e gráfico, dificultando também a análise, esses foram agrupados em intervalos de 2 em 2 dias.

Os registros de diagnósticos foram denominados de motivos de internação. Isso porque havia anotações de sinais, sintomas e procedimentos como exames e cirurgias. As UTIs com anotações que descreviam os motivos de internação só foram encontradas na Santa Casa e Hospital Evangélico. Esses motivos foram organizados possibilitando a criação de uma extensa tabela com 223 elementos.

Diante do grande número de motivos de internação, esses foram analisados segundo grupos de motivos por especialidade médica e os de maior prevalência conforme denominação na Classificação Internacional de Doenças- CID 10. No Hospital de Urgência os impressos disponibilizados não traziam os motivos específicos e sim especialidades médica, dessa forma foram analisados.

Os motivos de internação continham várias formas de descrição para um mesmo motivo, dessa forma foi necessário padronizar as formas de descrevê-los. Exemplo: retirada de baço (esplenectomia). Outra característica nos registros dos motivos foi o uso de abreviaturas, as quais têm seus significados numa lista específica. Sabe-se que o uso de abreviaturas para definir diagnóstico e procedimentos facilita a comunicação profissional dentro da instituição, por outro lado, na análise estatística interna ou mesmo para pesquisa pode dificultar o entendimento.

Quanto ao desfecho foi possível identificar as variáveis, alta e óbito. As amostras descritas como destinos (transferências e encaminhamentos), nos registros da Santa Casa foram classificadas nos desfechos de alta da UTI.

Todas as variáveis com valores ou qualidades não identificadas, foram descritas como indeterminadas.

A apresentação dos dados ocorreu por meio da estatística descritiva, representada por tabelas e gráficos elaborados no Excel.

Na análise estatística foram realizados cálculos que se transformaram em valores absolutos, médias² e percentagens³. Os valores obtidos forneceram informações que possibilitaram estabelecer a incidência e a prevalência das categorias estudadas.

² Quociente entre a soma dos valores de uma variável pelo número de valores (FERRARI, 2004).

³ Dados relativos especificados como uma razão relativa ao total, que equivale a uma centena (100) ou uma unidade (FERRARI, 2004).

4 RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados, considerando os dados coletados e organizados em banco próprio (Microsoft Excel). Esses dados formaram conjuntos de variáveis⁴, conforme descritas na abordagem metodológica.

A apresentação dos dados está organizada com base na seguinte ordem:

- a distribuição das internações nas UTIs adultas nos três estabelecimentos de saúde estudados e o sexo;

- distribuição das internações por intervalos de idades nas UTIs adultas da Santa Casa e do HUHS (os documentos trabalhados do Hospital Evangélico Goiano não contemplavam essa informação);

- distribuição das internações nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico (os documentos trabalhados do HUHS não continham esta informação) por procedência interna e de outros estabelecimentos de saúde de Anápolis ou municípios pactuados;

- distribuição da permanência em dias das internações nas UTIs adultas dos três estabelecimentos de saúde estudados;

- distribuição dos grupos de motivos e motivos frequentes das internações nas UTIs da Santa Casa e Hospital Evangélico, os documentos das UTIs adultas do HUHS não especificavam os motivos, no entanto descreviam as especialidades médicas de cada internação e assim foram trabalhadas nessa categoria de análise;

- distribuição dos desfechos das internações nas UTIs adultas dos três estabelecimentos de saúde estudados;

- distribuição dos desfechos pelos principais motivos das internações nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico, e por especialidades no HUHS;

- distribuição dos desfechos em óbitos por dia permanência nas UTIs dos três estabelecimentos de saúde;

- distribuição dos motivos de internações nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico, descritos como condição sensível/evitável a atenção primária.

Após o tratamento e organização dos dados esses foram dispostos em tabelas e figuras, observando as relações entre as variáveis, tais como: a variação na quantidade de internações nas UTIs e essa por sexo; intervalos de idades das internações de maior

⁴ Conjunto de resultados possíveis de um fenômeno (FERRARI, 2004).

ocorrência; o tempo de permanência prevalente nas internações; a procedências de maior participação nos encaminhamentos, os principais motivos de internação e de causa de óbitos.

Foram realizados os seguintes cruzamentos: motivos de internação nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico por tempo de permanência (intervalos de dias); óbito total por sexo, motivo de internação ou especialidade, e, por tempo de permanência; internações nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico por motivos (ocorrência \geq 20 anos), sexo e desfechos. Em outro tópico propõe-se a discussão relativa aos resultados, suas características e comportamentos segundo as referências de base.

4.1 INTERNAÇÕES SEGUNDO FREQUÊNCIA DE CASOS E DISTRIBUIÇÃO POR SEXO.

Inicia-se a apresentação dos dados pela distribuição das internações nas UTIs adultas dos três estabelecimentos de saúde. No total foram 2579 internações, com expressiva maioria (49%), na UTI adulta do Hospital Evangélico Goiano (15 leitos), totalizando 296 internações a mais em relação ao Hospital de Urgências (18 leitos de UTI adulta), e de 902 a mais em comparação com a Santa Casa [4 leitos em 10 meses e 8 leitos por 2 meses] (tabela1).

Percebe-se na tabela 1 a prevalência⁵ do sexo masculino nas internações do Hospital de Urgências (62%), e Hospital Evangélico (53%). Apesar de o HUHS apresentar grande quantidade de internações por motivo clínico (figura 14), observa-se também maior quantidade de internações por motivos cirúrgicos e ortopédicos devido ao trauma provavelmente, o que leva a pensar na maior incidência⁶ de causas traumáticas no sexo masculino. O Hospital Evangélico no município de Anápolis é referência em tratamento cardíaco e neoplásico, mesmo pela pouca diferença (3%) entre a quantidade de internação de ambos os sexos, tem-se que o sexo masculino possui maior participação nas internações pelos motivos citados (tabela 8).

A Santa Casa no município é referência para os atendimentos clínicos eletivos e de urgência e emergência. Além disso, atende a população adulta em diversas especialidades, sendo referência em maternidade de alto risco. O sexo feminino obteve participação superior, mas em pequena diferença, num total de (50,4%), (Tabela 5), tendo os motivos obstétricos participação nesse valor.

⁵ Qualidade daquele ou daquilo que prevalece; superioridade (AMORA, 2009).

⁶ Ação de incidir; episódio; caso (AMORA, 2009).

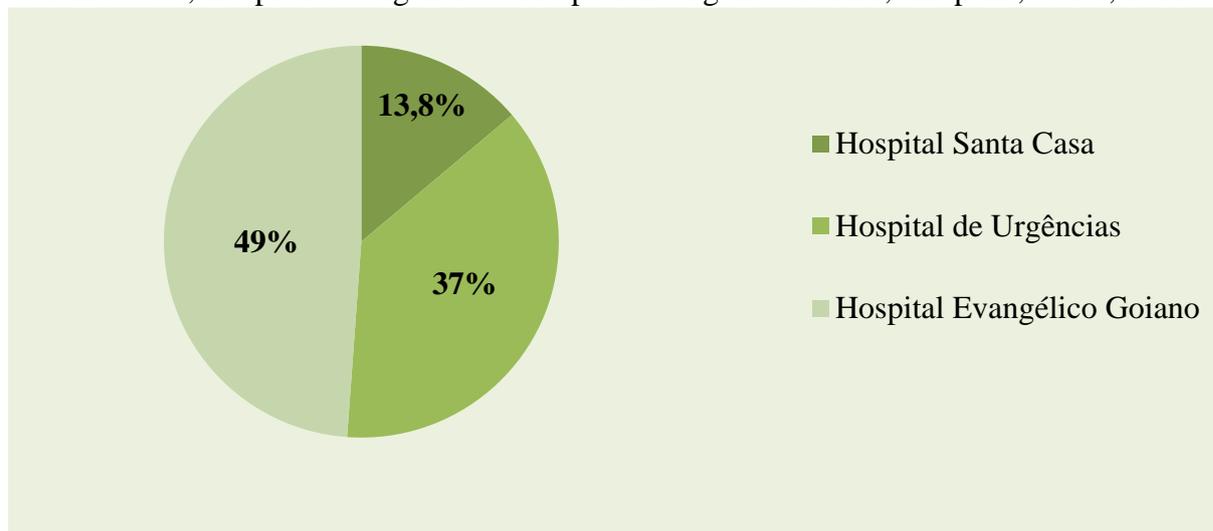
Tabela 5 Distribuição das internações nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital de Urgência e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012.

Unidades de Saúde	Sexo	Sexo	Sexo	Internações
	Feminino	masculino	ind.	
Hospital Santa Casa de Misericórdia	180	176	4	357
Hospital de Urgências	365	598	6	963
Hospital Evangélico Goiano	570	671	9	1259
Total	1115	1445	19	2579

Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

A figura 7 apresenta a porcentagem das internações nas UTIs da Santa Casa e Hospitais Evangélico Goiano e de Urgências. As internações no Hospital Evangélico Goiano representaram 49% do total. A UTI adulta desse hospital ofereceu 15 leitos para internações SUS, 3 a menos que o HUHS, o que demonstra uma rotatividade maior das internações.

Figura 7 Distribuição da porcentagem de internações nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital de Urgências e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

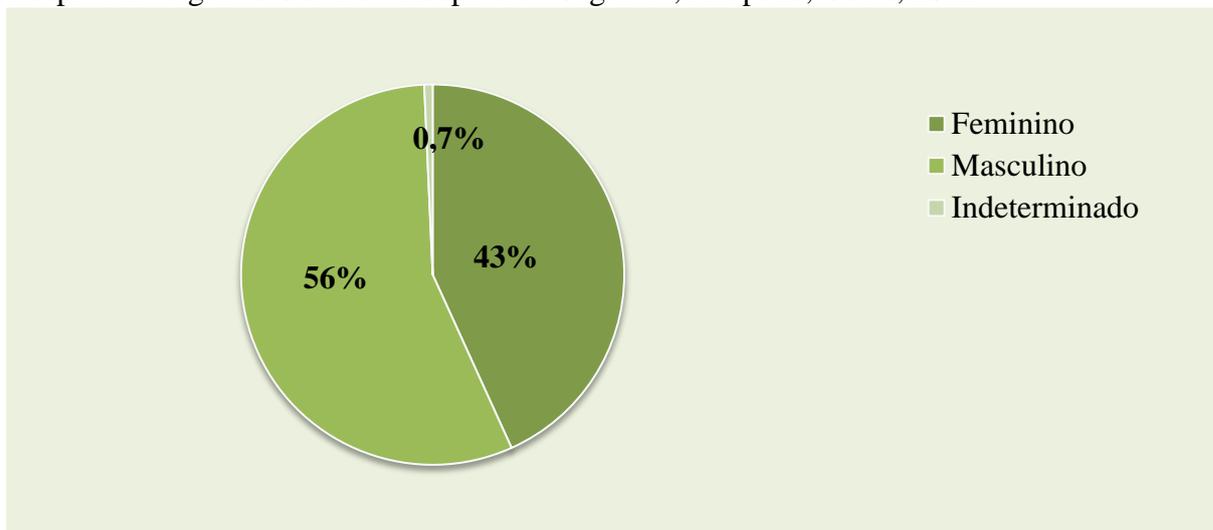
A UTI adulta da Santa Casa passou por um período de reforma, de setembro de 2011 a outubro de 2012 (dez meses em 2012); funcionando com apenas 4 leitos, o que representa metade da oferta de leitos no setor. Nesse período ofereceu atendimentos intensivos na Unidade de Emergência, porém essas internações não foram lançadas no livro

de registro da UTI. Assim, o total de internações no ano de 2012 na Santa Casa esteve bem abaixo, das registradas no mesmo setor dos outros locais dessa pesquisa.

Analisando o total das internações na UTI adulta da Santa Casa nos dez meses observa-se que: foram 357 internações nos 12 meses, com 4 leitos de capacidade nos 10 meses; sendo que o total da capacidade é de 8 leitos. Dobrando a quantidade das internações no período ($357 \times 2 = 714$) assim poder-se dizer que 714 internações seria o equivalente a ocupação total dos leitos em 2012 (se não houvesse a reforma), considerando o tempo médio de permanência (4 dias) previamente calculado.

Nas três UTIs a porcentagem de internações por sexo é apresentada na figura 8, a qual mostra a prevalência para o sexo masculino (13% ou 330 internações a mais), com exceção da Santa Casa em que o sexo feminino obteve 50.4% das amostras⁷. No HUHS as internações do sexo masculino alcançaram 62%, enquanto que no Hospital Evangélico foi de 53%.

Figura 8 - Internações por sexo nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital Evangélico Goiano e Hospital de Urgência, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

4.2 INTERNAÇÕES POR INTERVALOS DE IDADES

Na tabela 6 e figura 3, que tratam da distribuição das internações por faixa etárias, têm-se os intervalos de 14 a mais de 100 anos de idade. A prevalência de internações se encontra se nas idades de 55 a 84 anos, correspondendo a 53% (700 internações) do total.

⁷ Conjunto de entes cujas as propriedades são averiguadas (FERRARI, 2004).

A maior quantidade de internações por intervalo de idade conforme apresentado na figura 9, estiveram nos intervalos de (errata) 65 |74 anos, sendo a moda o intervalo 70 |74 anos (10%). Acima da média de frequência⁸ (73 internações) estiveram os intervalos de idades de 45 a 84 anos.

A idade média das internações foi de 59 anos. Na Santa Casa essa média foi de \pm 61.8 anos e o HUHS foi \pm 56.7 anos.

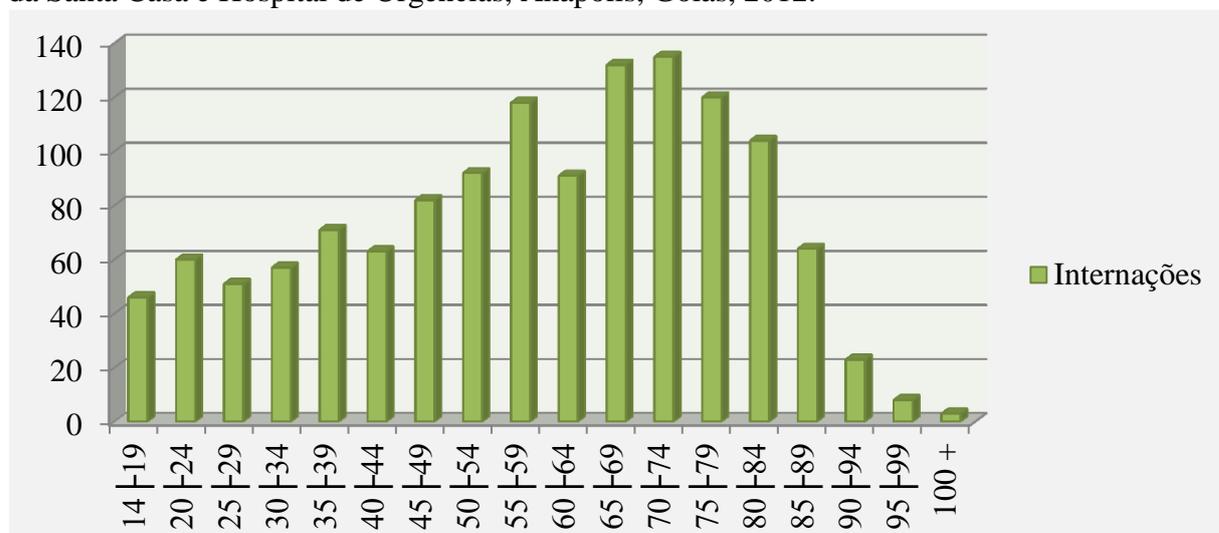
Tabela 6 Distribuição das internações por intervalos de idades nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa e Hospital de Urgência, Anápolis, Goiás, 2012.

Intervalos das idades	Internações	%	% acumulada
14 19	46	3,48	3,48
20 24	60	4,55	8,03
25 29	51	3,86	11,89
30 34	57	4,32	16,21
35 39	71	5,38	21,59
40 44	63	4,77	26,36
45 49	82	6,21	32,58
50 54	92	6,97	39,55
55 59	118	8,94	48,48
60 64	91	6,89	55,38
65 69	132	10,00	65,38
70 74	135	10,23	75,61
75 79	120	9,09	84,7
80 84	104	7,88	92,58
85 89	64	4,85	97,42
90 94	23	1,74	99,17
95 99	8	0,61	99,77
100 +	3	0,23	100
Total	1320	100	100

Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

⁸ Número de ocorrências de um determinado valor (FERRARI, 2004).

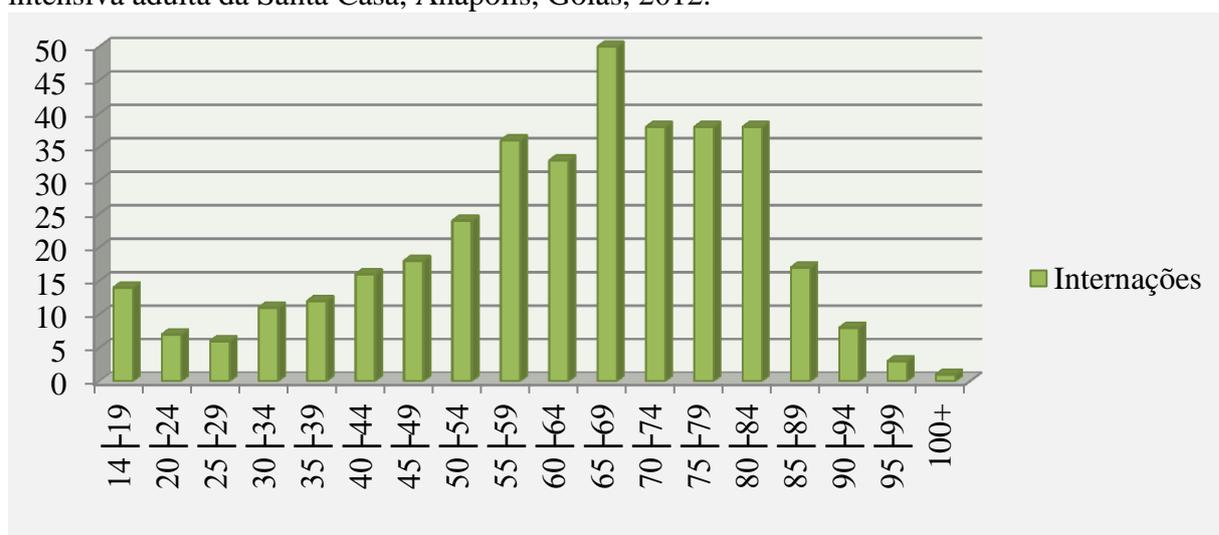
Figura 9 Distribuição das internações por intervalo de idade nas unidades de terapia intensiva da Santa Casa e Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Na UTI adulta da Santa Casa os intervalos de 55 a 84 anos de idade representaram as maiores taxas⁹ de internação, somando 65% total. O intervalo de 65-69 anos (14% das internações) foi mais frequente que os outros intervalos, conforme demonstrado na figura 10, o que demonstra a prevalência de internações nas idades mais avançadas.

Figura 10 Distribuição das internações por intervalos de idades na unidade de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Anápolis, Goiás, 2012.

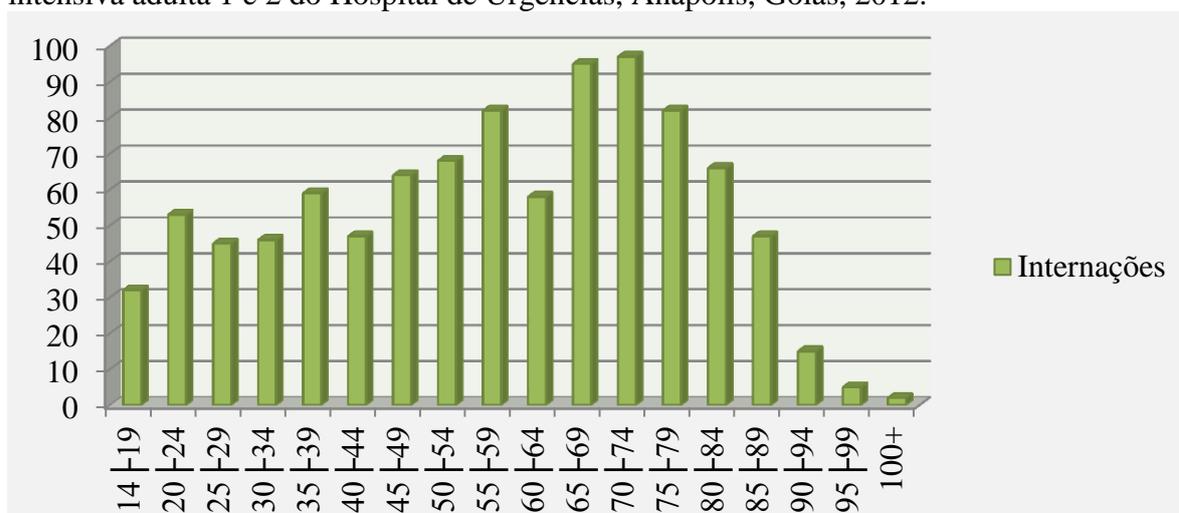


Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

⁹ Coeficientes multiplicados por uma potência de 10 (10, 100, 1000...) para tornar o resultado mais legível (FERRARI, 2004).

Nas UTIs 1 e 2 do HUHS as idades de 50 a 79 anos tiveram maior participação nas internações, somando 50% do total (figura 11). A maior frequência esteve no intervalo 70-75 anos. Evidencia-se ainda, expressiva frequência de internações nas faixas etárias: muito jovem dos 14 aos 19 anos (3%), adultos jovens dos 20 aos 29 anos (10%), adulta dos 30 aos 59 anos (38%) e idosa dos 60 aos 89 (46%).

Figura 11 Distribuição das internações por intervalos de idades nas unidades de terapia intensiva adulta 1 e 2 do Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

4.3 INTERNAÇÕES POR PROCEDÊNCIA INTERNA E OUTROS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DE ANÁPOLIS E REGIÃO

Quanto a procedência das internações nas UTIs, foram analisados os dados referentes à Santa Casa e Hospital Evangélico. No HUHS essa informação não estava disponível nos documentos analisados.

Os dados serão apresentados por procedência geral interna (de setores internos que encaminham os pacientes para a UTI) e as externa (composta por unidades de saúde do município Anápolis região).

Ao analisar a procedência geral das internações na UTI adulta da Santa Casa, percebe-se que essas de origem interna foram à grande maioria (87%), tendo o centro cirúrgico (31%) e o pronto socorro (61%) maior frequência nos encaminhamentos (tabelas 8, 9). As internações por procedência externa totalizaram 13%, com maior participação do HUHS [8%] (tabela 7).

Ocorre situação semelhante às procedências das internações na UTI adulta da Santa Casa com às do Hospital Evangélico, em que os setores internos foram à maioria nos encaminhamentos (tabelas 7, 8), somando 88% das internações, com maior frequência de participação do centro cirúrgico (29%), pronto socorro (26%) e enfermarias (21%). As procedências externas têm maior participação do HMJC e do HUHS, com 3% de ocorrência de cada (tabela 7).

Tabela 7 Distribuição das internações por procedência geral de Anápolis e região, nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico, Anápolis, Goiás, 2012.

Procedência geral de Anápolis e região	Hospital Evangélico	Santa Casa	% Hospital Evangélico	% Santa Casa	Total	% Total
Interna	1113	312	88.4	87.4	1425	88
Alexânia	2	0	0.2	0	2	0.1
Banco de sangue	0	1	0	0.3	1	0.06
CAIS Progresso	0	2	0	0.6	2	0.1
Ceres	6	3	0.5	0.8	9	0.6
Goianápolis	0	1	0	0.3	1	0.06
Goianésia	1	2	0.1	0.6	3	0.2
HMJC	41	0	3.3	0	41	2.5
Hospital de queimadura	1	0	0.1	0	1	0.06
Hospital Nsa Sra Aparecida	1	1	0.1	0.3	2	0.1
Hospital Sto Antônio	1	0	0.1	0	1	0.06
HUHS	43	29	3.4	8.0	72	4.4
Indeterminada	31	5	2.5	1.4	36	2.2
Nerópolis	1	0	0.1	0	1	0.06
Pirinópolis	2	0	0.2	0	2	0.1
Santa Casa	15	0	1.2	0	15	0.9

Continua

Tabela 7 Distribuição das internações por procedência geral de Anápolis e região, nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico, Anápolis, Goiás, 2012.

Procedência geral de Anápolis e região	Hospital Evangélico	Santa Casa	% Hospital Evangélico	% Santa Casa	Total	% Total
Unimed	1	0	0.1	0	1	0.06
Total	1259	357	100	100	1616	100

Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Tabela 8 Distribuição das internações por procedência interna, nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico, Anápolis, Goiás, 2012.

Procedências internas	Santa Casa	Hospital Evangélico	% Santa Casa	% Hospital Evangélico	Total	% Total
Apartamentos	9	10	2.9	0.1	19	1.3
Centro cirúrgico	98	318	31	29	416	29
Centro médico	0	30	0	3	30	2.1
Centro obstétrico	3	0	1	0	3	0.2
Consultório médico	0	26	0	2	26	1.8
Enfermarias	11	236	3.5	21	247	17
Hemodiálise	0	2	0	0.2	2	0.1
Hemodinâmica	0	160	0	14	160	11
Pronto socorro	191	284	61.2	26	475	33
REC	0	9	0	0.8	9	0.6
Unidade coronariana	0	37	0	3	37	2.6
UTI Iluminata	0	1	0	0.1	1	0.1
Total	312	1113	100	100	1425	100

Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

4.4. TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVALENTE

O tempo de permanência (TP), segundo a Portaria MS nº 1.102/2002 é utilizado nas estatísticas hospitalares, como um dos indicadores de verificação de produtividade e lucro

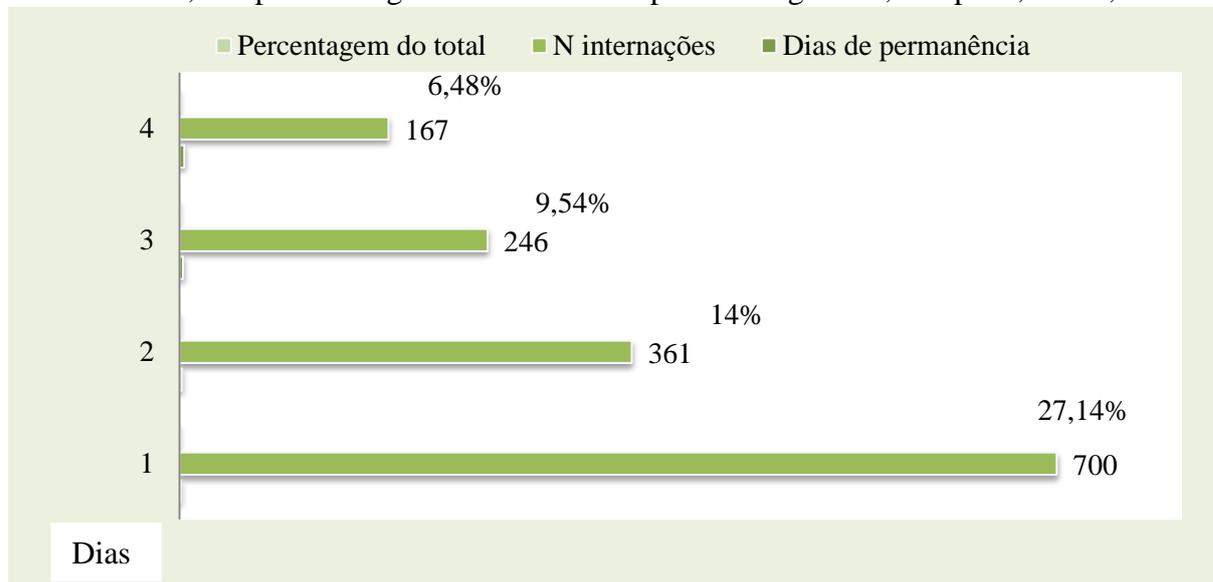
por leitos e/ou especialidades de atendimento. Para estabelecer o tempo de permanência permitido nas internações SUS, este é classificado por quantidades de dia mínimo e máximo, de acordo com a especialidade. Exemplos: cirurgia 3,9 a 5,6 dias; clínica 4,8 a 6,1 dias; lesões extensas 16 a 30,6 dias/ano por internação; sem referência a um tempo de permanência limite para internações em UTI (BRASIL, 2002).

Os dados referentes às permanências foram obtidos nas três UTIs adultas a partir das datas de internação e de liberação do paciente. Para a permanência foi elaborada uma tabela específica que variou de 1 a 207 dias.

Na figura 12 é apresentado os dias de internação que prevaleceram na contagem realizada, ou seja, de 1 a 4 dias de permanência (57% da internações). Prevaleceu as internações por 1 dia (700 internações), correspondendo a 27% do total.

A média de permanência nas UTIs adultas dos três estabelecimentos de saúde foi de 7.6 dias. O HUHS obteve a média de 13 dias, a Santa Casa de 5 dias e o Hospital Evangélico 4 dias.

Figura 12 Distribuição do tempo de permanência em dias nas unidades de terapia intensiva da Santa Casa, Hospital Evangélico Goiano e Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

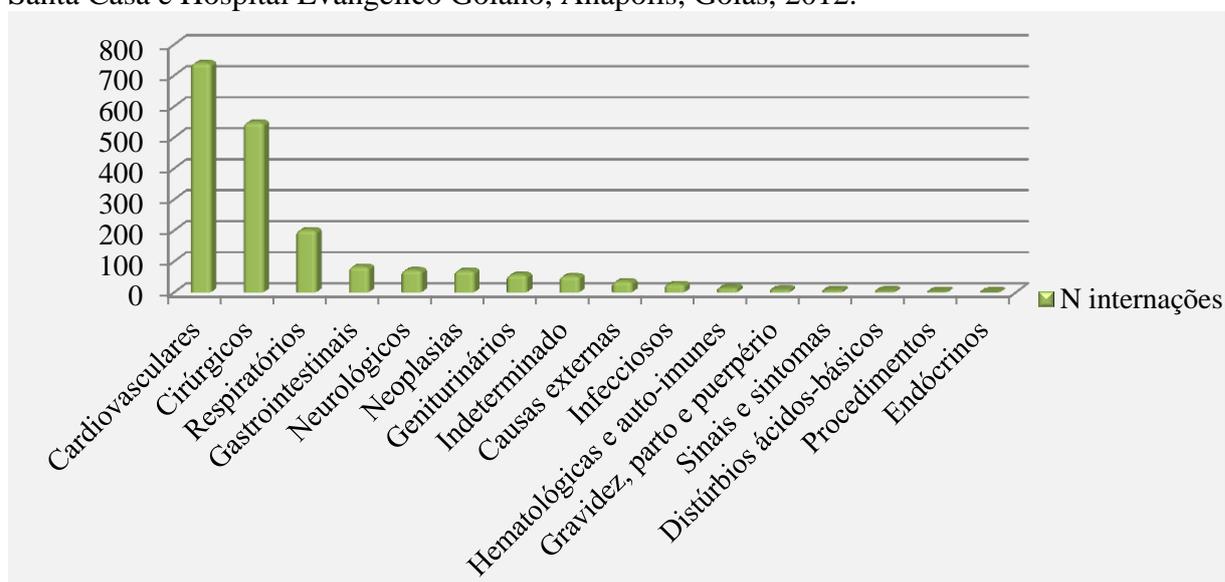
4.5 INTERNAÇÕES POR MOTIVOS OU ESPECIALIDADES MÉDICA

Como enunciado no título deste capítulo, as UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico continham os motivos das internações descritos como diagnósticos

médicos, sinais, sintomas ou procedimentos. Entretanto, no HUHS, os dados apresentavam como características de entrada das internações as especialidades médicas.

Para apresentação geral dos motivos de internação nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico foram estabelecidos grupos de motivos semelhantes aos tratados nas análises de internações do DATASUS. Somaram-se 223 grupos de motivos, destacando-se pela grande quantidade as condições cardiovasculares (45%), as cirúrgicas (34%), e em seguida as respiratórias (12%), como é apresentado na figura 13.

Figura 13 Grupo de motivos das internações nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012.

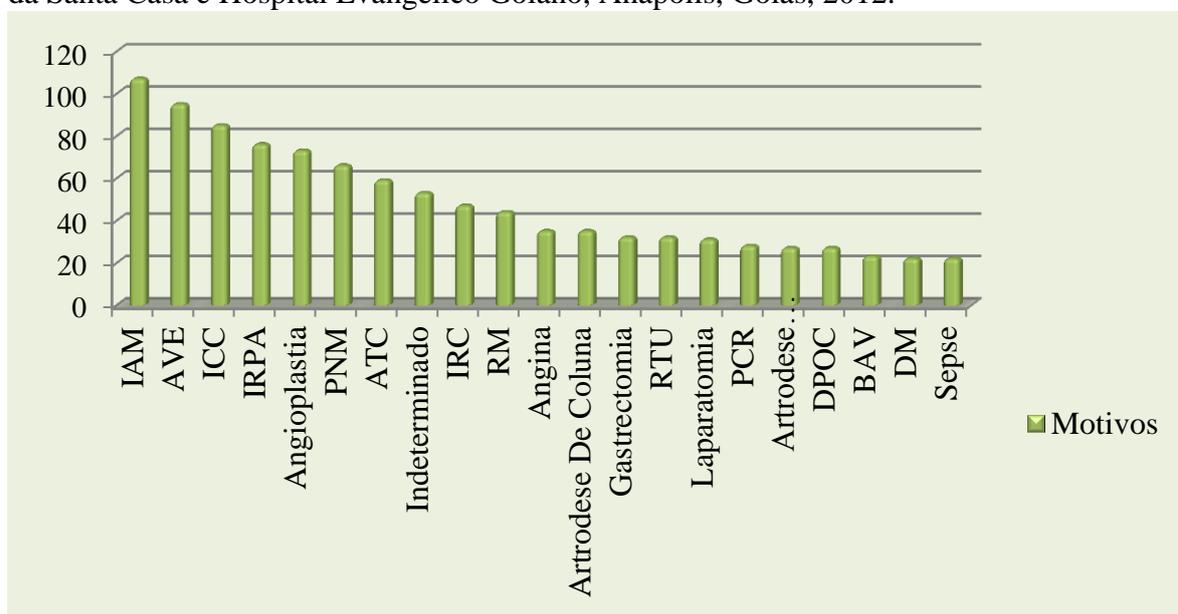


Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Foram registradas nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico o total de 1626 internações. Os motivos clínicos foram maioria com 53% de ocorrência. Os motivos cirúrgicos 37%. Os motivos indeterminados foram de 3%. Procedimentos e exames 0,1%.

Calculou-se que 31% dos grupos de motivos tiveram participação acima da média de ocorrência (7 internações por grupo de motivo). Os grupos de motivos com maiores frequências foram: o infarto agudo do miocárdio (IAM - 7%), seguido do acidente vascular encefálico (AVE - 6%) e da insuficiência cardíaca congestiva (ICC - 5%) conforme apresentado na figura 14.

Figura 14 Distribuição dos principais motivos de internação nas unidades de terapia adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Os principais motivos de internação (frequência > 10), com tempo de permanência médio de 4 dias, calculado para as UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico somaram 498 internações. Foram respectivamente: o acidente vascular encefálico- AVE (10%), a insuficiência cardíaca congestiva- ICC (8.6%) e o infarto agudo do miocárdio- IAM (7.4%). As doenças respiratórias somaram 76 (15%), internações com tempo de permanência ≥ 4 dias, como mostra a tabela 9.

Tabela 9 Distribuição dos principais motivos de internação com tempo de permanência maior ou igual a 4 dias, nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012.

Motivo	Internações	% do total de internações com permanência ≥ 4 dias
AVE	50	10
ICC	43	8.6
IAM	37	7.4
PNM	35	7
IRpA	27	5.4
Câncer	17	3.4
IRC	17	3.4
DPOC	14	2.8

Continua

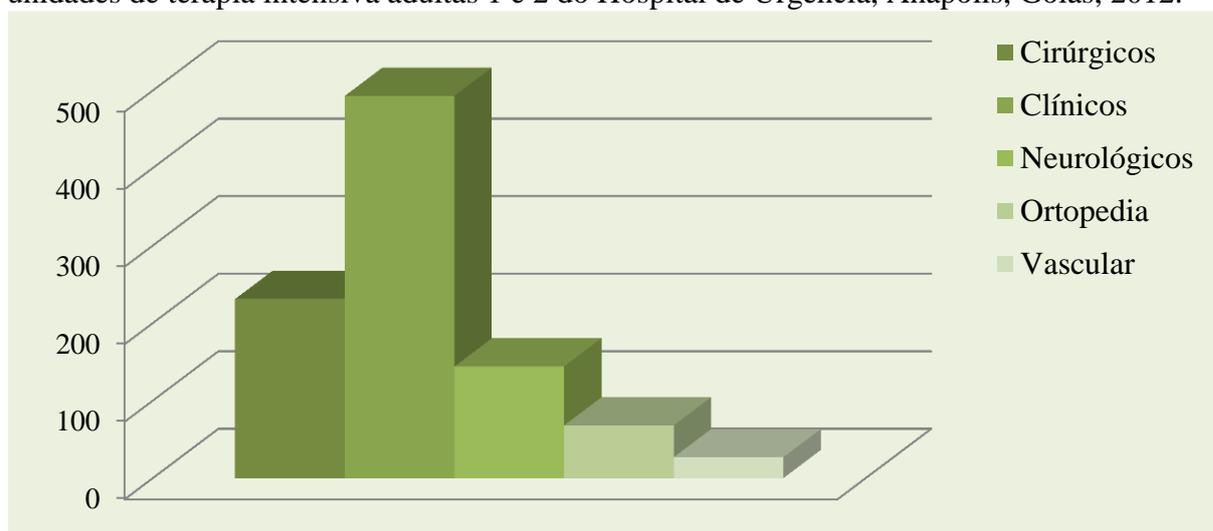
Tabela 9 Distribuição dos principais motivos de internação com tempo de permanência maior ou igual a 4 dias, nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012.

Motivo	Internações	% do total de internações com permanência \geq 4 dias
Angina	12	4.6
Aneurisma	11	2.2
Total	263	53%
Total \geq 4 dias	498	31% (1616 internações)

Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Como no HUHS, não foi possível identificar o motivo direto da internação na UTI adulta, utilizou-se o dado disponível, denominado especialidade médica. Constatou-se que os motivos mais frequentes foram: os clínicos (51%), os cirúrgicos (24%) e os neurológicos (15%) conforme apresentado na figura 15. Acredita-se que grande parte dos atendimentos considerados cirúrgicos e neurológicos seja de causas traumáticas, uma vez que o HUHS é referência de atendimento ao trauma no município de Anápolis.

Figura 15 Distribuição da quantidade de internações, conforme especialidade médica, nas unidades de terapia intensiva adultas 1 e 2 do Hospital de Urgência, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

4.6. DESFECHO DAS INTERNAÇÕES

Como desfechos das internações nas UTIs estudadas foram estabelecidas as variáveis: alta, óbito e indeterminado. A quantidade total de óbitos das internações nas UTIs

adultas da Santa Casa, Hospital Evangélico e HUHS foi 799, com percentual de 31% em relação ao total de internações (tabela 10). A Santa Casa apresentou o maior percentual de óbitos (48%), seguida do HUHS (36%), e do Hospital Evangélico (22%). Observa-se a grande prevalência de alta (68%), em relação ao total das internações.

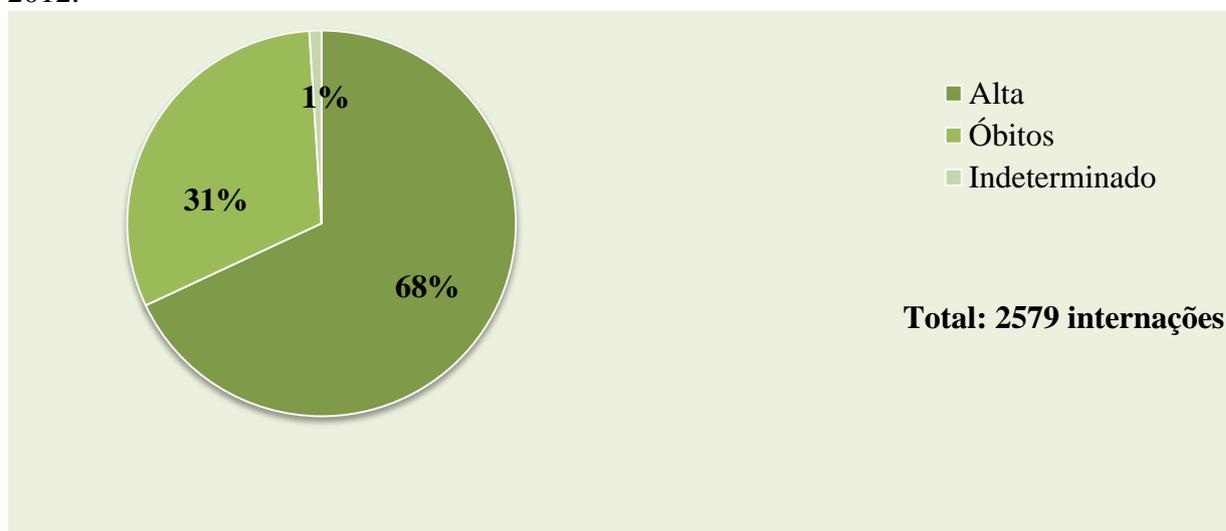
Tabela 10 Distribuição dos desfechos das internações nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital Evangélico e Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012.

Desfecho	Santa Casa	% Santa Casa	Hospital de Urgências	% Hospital de Urgências	Hospital Evangélico	% Hospital Evangélico	Total	% total de internações
Alta	177	50	614	64	963	77	1754	68
Óbito	171	48	349	36	279	22	799	31
Ind.	9	2	0	0	17	1	26	1
Total	357	100	963	100	1259	100	2579	100

Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

A percentagem dos desfechos em relação ao total de internações nos três estabelecimentos estudados é apresentada na figura 16.

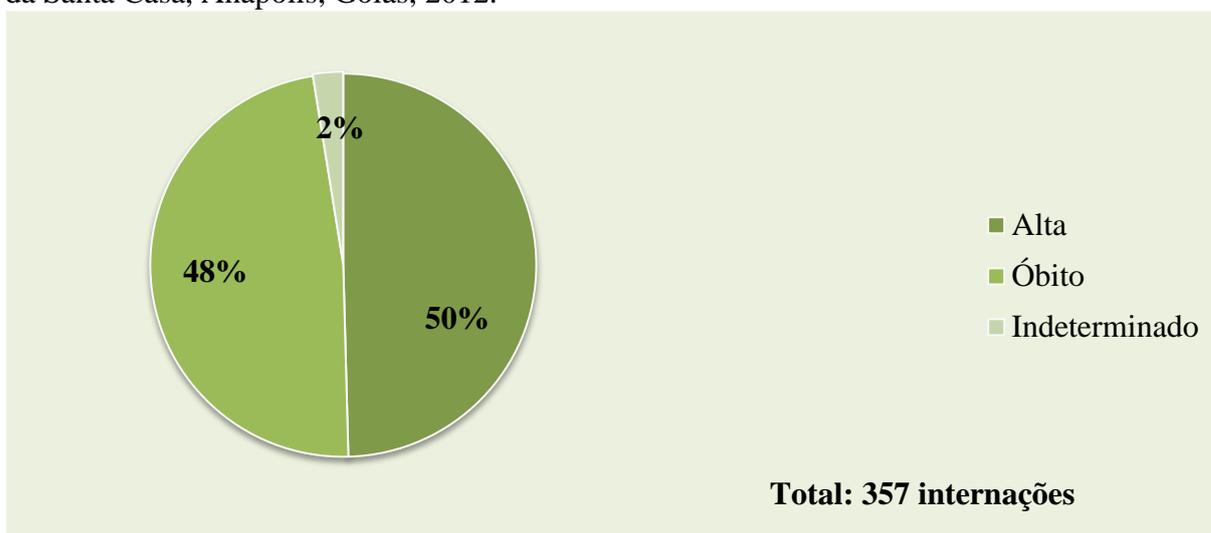
Figura 16 - Distribuição dos desfechos das internações, nas unidades de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Hospital Evangélico Goiano e Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Separadamente, a figura 17, apresenta a percentagem dos desfechos das internações na UTI adulta da Santa Casa.

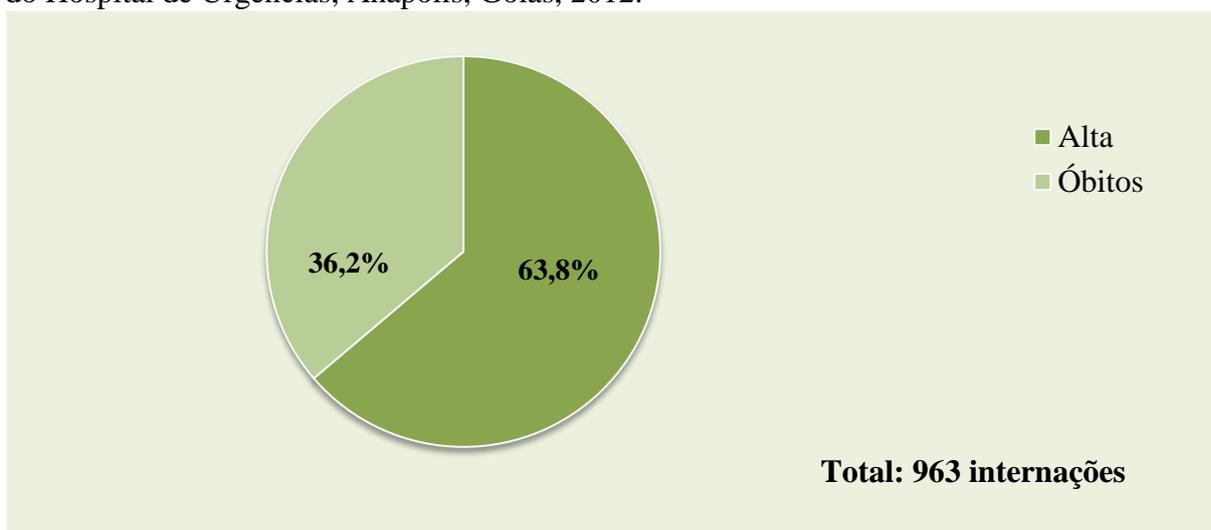
Figura 17 Distribuição dos desfechos das internações na unidade de terapia intensiva adulta da Santa Casa, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Como mostra a figura 18, a taxa de óbito nas UTIs adultas 1 e 2 do HUHS, foi calculada em 32%, a segunda maior em relação ao total de internações nas mesmas.

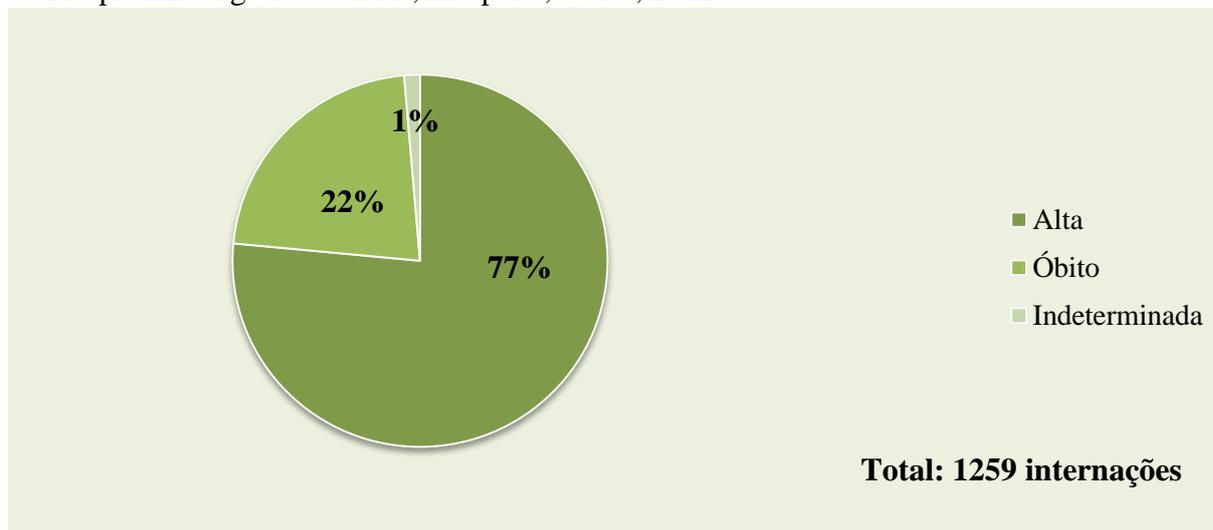
Figura 18 Distribuição dos desfechos das internações nas unidades de terapia intensiva 1 e 2 do Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Na figura 19, têm-se as percentagens dos desfechos das internações na UTI adulta do Hospital Evangélico. A taxa de óbito calculada foi de 22% para o total de internações no mesmo, a menor comparada às taxas da Santa Casa e HUHS.

Figura 19 Distribuição dos desfechos das internações na unidade de terapia intensiva adulta do Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Observa-se na tabela 11, a prevalência de internações do sexo masculino e também em relação a quantidade total de óbitos (799), ambas com a taxa de 56%.

Tabela 11 Distribuição dos desfechos das internações em óbitos por sexo, nas unidades de Unidades de Terapia Intensiva da Santa Casa, Hospital Evangélico e Hospital de Urgências, ano 2012, Anápolis, Goiás.

Sexo	Estabelecimentos de saúde			Total	% Total de internações
	Santa Casa	Hospital de Urgências	Hospital Evangélico		
Sexo Masculino	176	598	671	1445	56
Óbito	91	210	148	449	17,4
Desfecho ind.	6	0	6	12	0,5
Feminino	180	365	570	1115	43,2
Óbito	79	139	130	348	13,5
Desfecho ind.	3	0	11	14	0,5
Sexo indeterminado	1	0	18	19	0,7

Continua

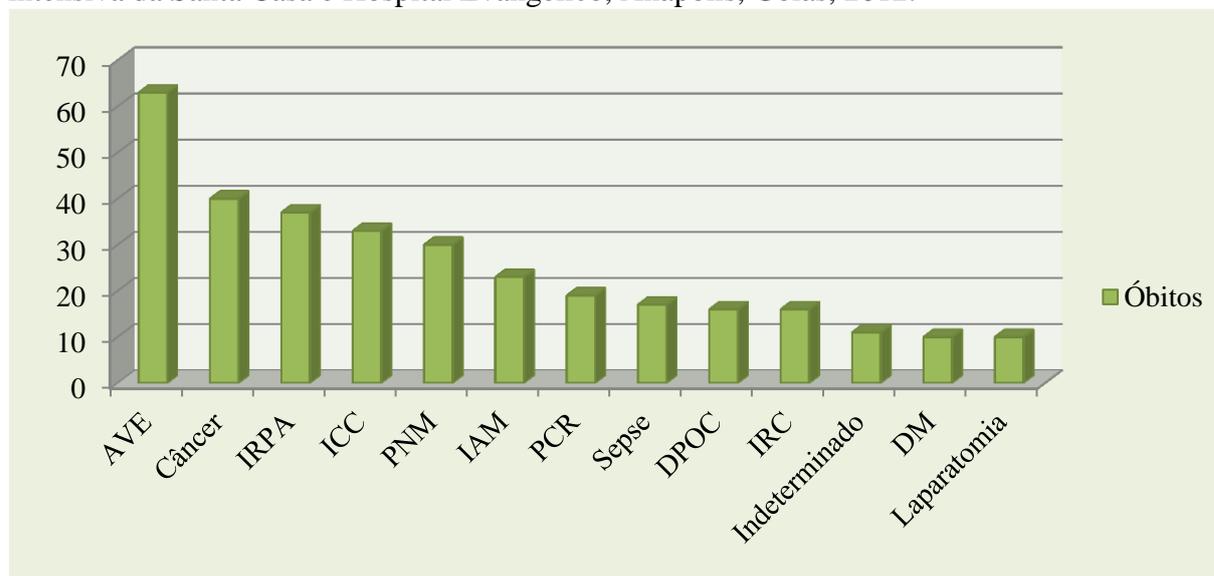
Tabela 11 Distribuição dos desfechos das internações em óbitos por sexo, nas unidades de Unidades de Terapia Intensiva da Santa Casa, Hospital Evangélico e Hospital de Urgências, ano 2012, Anápolis, Goiás.

Sexo	Estabelecimentos de Saúde				%
	Santa Casa	Hospital de Urgências	Hospital Evangélico	Total	
Desfecho					Total de internações
Óbito	1	0	1	2	0,1
Total de internações	357	963	1259	2579	100
Total de Óbitos	171 (48%)	349 (36%)	279 (22%)	799 (100%)	31%

Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Conforme é mostrado na figura 20, o total de óbitos nas unidades de terapia intensiva da Santa Casa e Hospital Evangélico foi de 480 acontecimentos. Os motivos prevalentes (acima de 20 ocorrências) nos desfechos em óbito foram: o AVE (13%), o câncer (8%), a insuficiência respiratória aguda (IRPA- 8%), a insuficiência cardíaca congestiva (ICC-7%), a pneumonia (PNM- 6%) e o IAM (5%). A média calculada foi de 4 óbitos por motivo, com 70% (de 480) dos óbitos de frequência acima da média por motivo.

Figura 20 Distribuição dos principais motivos com desfecho em óbito nas unidades de terapia intensiva da Santa Casa e Hospital Evangélico, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

No HUHS, a especialidade com maior destaque na ocorrência de óbito foi a clínica, com 42% dos óbitos em relação ao total de óbitos (349), nas UTIs 1 e 2 do mesmo (tabela 12).

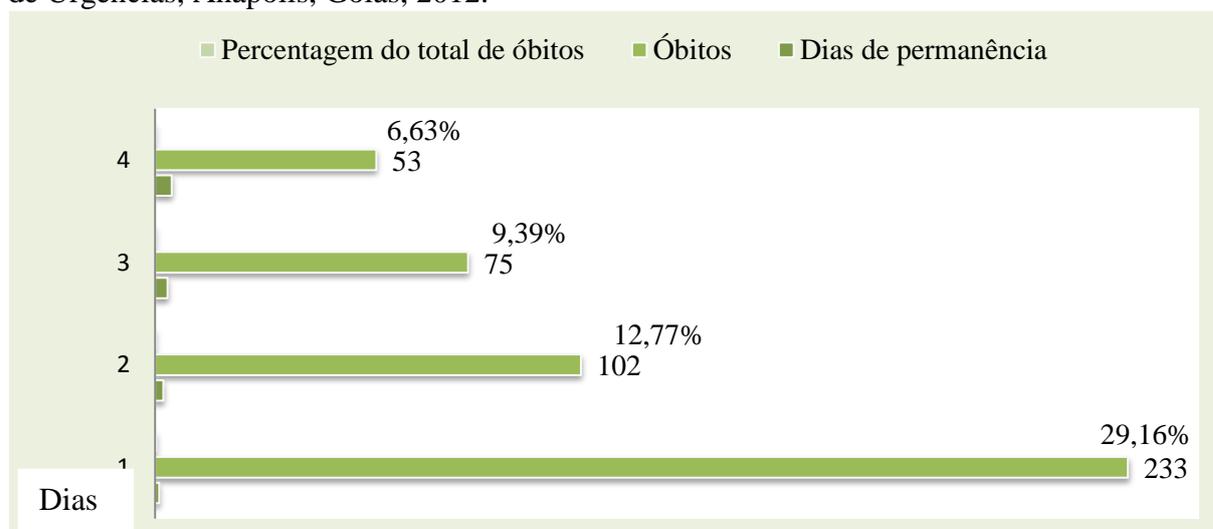
Tabela 12 Distribuição dos óbitos por especialidade de internações nas Unidades de Terapia Intensiva 1 e 2 do Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012.

Motivos	Cirúrgicos	Clínicos	Neurológicos	Ortopedia	Vascular
Total	231	493	144	68	27
% Óbitos (349)	30% (69)	41,6% (205)	36% (52)	22% (15)	26,6% (8)
% Óbitos (963)	7,10%	21,30%	5,40%	1,60%	0,80%

Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

A figura 21 apresenta a quantidade de internações que evoluíram a óbito, distribuídas por dias de permanência nas UTIs adultas da Santa Casa, Hospital Evangélico e HUHS. A média de permanência dessas internações foi de 7 dias, com desvio padrão em relação a média 12 dias. As permanências de 1 a 4 dias representaram 58% do total dos óbitos. Do total de óbitos, 27% estiveram com tempo de permanência acima da média.

Figura 21 Distribuição da permanência em dias dos desfechos em óbitos, das internações nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa, Hospital Evangélico Goiano e Hospital de Urgências, Anápolis, Goiás, 2012.



Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Na tabela 13, somam-se 18 motivos em um total de 954 ocorrências. Esses foram selecionados por apresentarem frequência acima 20 internações por motivo, representando 59% do total das internações nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico. Os motivos prevalentes foram o IAM, o AVE e o ICC, sendo a maioria das ocorrências para o sexo masculino. Tem-se em sequência a porcentagem de óbitos por motivos: câncer (74%), a parada cardio-respiratória (PCR- 68%) e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC- 57%).

Tabela 13 Distribuição das internações nas unidades de terapia intensiva adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico por motivos com ocorrência superior a 20, sexo e desfechos, Anápolis, Goiás, 2012.

Motivo	Sexo masculino	Sexo feminino	Sexo ind.	Total	Alta	Óbito	Ind.	% Óbito
IAM	60	44	3	107	83	23	1	21%
AVE	48	43	2	93	59	32	2	34%
ICC	42	43	0	85	51	33	1	39%
IRPA	39	36	0	75	36	37	2	49%
Angioplastia	47	25	0	72	72	0	0	0%
PNM	33	33	0	66	32	30	4	45%
Artrodese	35	25	0	60	58	2	0	3%
ATC	29	28	1	58	55	2	1	3%
Câncer	33	21	0	54	14	40	0	74%
RM	25	19	1	45	38	6	1	13%
IRC	27	16	0	43	28	15	0	35%
Angina	25	8	1	34	32	1	1	3%
Gastrectomia	20	12	0	32	28	3	1	9%
Laparatomia	15	15	0	30	20	10	0	33%
DPOC	14	14	0	28	12	16	0	57%
PCR	11	17	0	28	8	19	1	68%
BAV	6	17	0	23	19	3	1	13
DM	8	13	0	21	11	10	0	48%

Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

4.7 MOTIVOS DE INTERNAÇÃO DESCRITOS COMO CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Utilizando a listagem de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP, em anexo) que consta de 19 categorias e subcategorias de diagnósticos, tratados conforme a Classificação Internacional de Diagnósticos/CID-10 (BRASIL, 2008), realizou-se a seleção dos motivos de internação nas UTIs da Santa Casa e Hospital Evangélico. Essa lista traz uma relação de diagnósticos que o acompanhamento e o tratamento podem ser bem conduzidos na atenção básica de saúde, sendo que a presença desses nas internações hospitalares indicam falhas na porta de entrada do sistema de saúde (*idem*).

A tabela 14 apresenta os motivos de internação nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico, listados como CSAP. Do total de internações nessas UTIs (1616), 21% (336) foram descritas como CSAP, sendo prevalentes: o AVE, a ICC, a PNM, a angina e a diabetes mellitus (DM).

Tabela 14 Distribuição dos motivos de internação nas Unidades de terapia intensiva da Santa Casa e Hospital Evangélico Goiano, descritos como condições sensíveis a atenção primária, Anápolis, Goiás, 2012.

Principais motivos	Internações
AVE	95
ICC	85
PNM	66
Angina	35
DM	22
HAS	14
Broncoaspiração	6
Meningite	3
Anemia	2
Asma	2
Celulite	1
Diarréia	1
Epilepsia	1
Eripela bollhosa	1
Geca	1

Continua

Tabela 14 Distribuição dos motivos de internação nas Unidades de terapia intensiva da Santa Casa e Hospital Evangélico Goiano, descritos como condições sensíveis a atenção primária, Anápolis, Goiás, 2012.

Principais motivos	Internações
Úlcera gástrica	1
Total (1616)	336 (21% do total das internações)

Fonte: Dados da Autora - data base 2012.

Apresentadas as características que retratam o perfil das internações nas UTIs adultas, no capítulo a seguir é discutido o resultado encontrado com as referências que abordam temas semelhantes. Tal relação possibilita comparações e interpretações que colocam os resultados deste em posições semelhantes ou contraditórias a outros estudos, situação que coloca a assistência prestada neste setor em condição favorável ou não à saúde, no município de Anápolis.

5 DISCUSSÃO

Como encontrado neste estudo, as UTIs adultas atendem usuários na faixa de 14 anos acima. Assim, o fato da maioria da população Anapolina pertencer a essa faixa etária (77% em 2010), eleva a demanda nos serviços de saúde pela população jovem, adulta e idosa no município; fato comprovado nas análises de AIHS pagas em Goiás nos anos de 2008 a 2012, em que 80% das internações ocorreram na faixa etária acima dos 15 anos (IBGE, 2011; DATASUS, 2012a).

Em Anápolis, a Santa Casa, o Hospital Evangélico e o Hospital de Urgências são referências na atenção terciária, principalmente para pacientes críticos e internações em UTI. Como se sabe a UTI é o setor hospitalar que oferece os recursos ao atendimento de pessoas em estado crítico de saúde (BRASIL, 1998; BRASIL, 2010).

Conforme tratado pela portaria do MS nº 3.432/1998, que estabelece critérios de classificação para as UTIs, “todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a no mínimo 6% dos leitos totais” (BRASIL, 1998, pg. 2); não diferenciando a quantidade específica de leitos por faixas etárias, como UTI neonatal, pediátrica e adulta. Outra Portaria do MS nº 1.102/2002 estabelece que os leitos de UTI devam ser calculados em 4% a 10% do total de leitos hospitalares (BRASIL, 2002).

Para saber a necessidade de leitos de UTI, deve-se primeiramente calcular a capacidade de leitos gerais/população. A necessidade de leitos de internação é calculada conforme preconizado pela Portaria MS 1.102/2002, que estipula > 2,5 a 3 leitos para cada 1000 habitantes, ou para municípios sede 2 leitos mais 1 para zona rural, no total 3 leitos (BRASIL, 2002). Em 2010 a população de Anápolis foi de 334.613 habitantes (IBGE, 2011), sendo a necessidade de leitos gerais calculada da seguinte forma:

Calculando a capacidade de leitos recomendada, sabe-se que em Anápolis deveria haver 1003 leitos de internação em 2010. Tem-se no CNES a seguinte classificação e quantidade de leitos em Anápolis: a quantidade total sem a complementar 1084 leitos (835 SUS) e a complementar (intensiva/intermediária) são 137 leitos (105 SUS).

Segundo os dados do CNES, as UTIs em geral disponibilizam de 100 leitos (73 SUS). Para necessidade de leitos de UTI, calcula-se 6% de 1003, o que resulta em 60 leitos de UTI, concluindo ser capacidade instalada de leitos gerais de UTI superior à recomendada na Portaria 1.102/2002, mas devendo-se atentar para a população dos 11 municípios referenciados que não fez parte deste cálculo.

O quantitativo populacional apresentado pelo IBGE em 2010 dos municípios que compõem a regional Pirineus foi: Anápolis 334. 613 habitantes, Abadiânia 15. 757 habitantes, Alexânia 23. 814 habitantes, Campo Limpo 6. 241 habitantes, Gameleira de Goiás 3. 275 habitantes, Goianápolis 10. 695 habitantes, Teresópolis de Goiás 6. 561 habitantes, Cocalzinho de Goiás 17. 407 habitantes, Corumbá de Goiás 10. 361 habitantes, Pirenópolis 23. 006 habitantes, Padre Bernardo 27. 671 habitantes e Mimoso de Goiás 2. 685 habitantes.

Toda a população da Regional Pirineus em 2010 somou 482. 086 habitantes. Para atender essa demanda seriam necessários em Anápolis 1. 446 (3 leitos/ 1. 000 habitantes) leitos gerais e 87 leitos de UTI (BRASIL, 2002). Segundo o CNES, a quantidade de leitos gerais e complementar (intermediária/ UTI) somam 1. 221 (CNES, 2013). O saldo negativo calculado foi de 225 leitos gerais, com a demanda próxima da saturação dos leitos de UTI (3 leitos a mais, conforme a quantidade de 100 leitos de UTI- CNES)

A falta de leitos de internação constitui um grave problema de saúde pública. Na avaliação da necessidade de internação é considerado o estado de saúde da pessoa, sendo o tratamento primordial à recuperação. As diretrizes doutrinárias do SUS preconizam a universalidade, a acessibilidade, a integralidade e a resolubilidade da assistência a saúde dos usuários (CONASS, 2007b), não podendo desta forma faltar de leitos de internação ou qualquer outro serviço da atenção primária, secundária e terciária.

Sabendo que a população acima dos 15 anos em Anápolis foi de 256.292 habitantes em 2010 (IBGE, 2011), seriam necessários 769 leitos no geral para essa população, sendo a quantidade recomendada de 46 leitos de UTI adulta. Conforme registro do CNES, a capacidade instalada de leitos de UTI adulta tipo II em Anápolis somam 62 leitos SUS e Suplementar. Pelo cálculo realizado, conclui-se que a oferta de leitos de UTI adulta para atender a população de Anápolis na faixa etária acima dos 15 anos esteve acima do recomendado pelo MS. No entanto, existem encaminhamentos para UTI adulta de Anápolis, provenientes de outras regiões de Goiás, devendo o município possuir capacidade instalada de leitos de internação superior à demanda populacional local.

Uma situação que interfere na disponibilidade de leitos é o tempo de permanência, período em que o paciente ocupa o leito. Na Santa Casa e Hospital Evangélico em que a média de permanência foi de 4 dias, a ocupação mensal (30 dias) calculada foi 7.5 usuários para cada leito, um total de 142 internações no período, provando ser a rotatividade maior nesses hospitais com perfil clínico e cirúrgico de atendimento.

No Hospital de Urgência cujo tempo médio de permanência foi 13 dias, a ocupação mensal (30 dias) calculada foi de 2.3 usuários por leito, um total de 41 internações

ao mês nas UTIs adultas 1 e 2. Com o tempo de permanência maior, a rotatividade de internações se torna menor, o que reduz a capacidade instalada de leitos para urgência e emergência de vítimas de trauma.

A média de permanência para as três UTIs foi de 8 dias. Em estudos semelhantes a média de permanência estiveram entre 6.5 e 9.5 dias (OLIVEIRA, 2010; FEIJÓ *et al*, 2006; FONSECA; LEONI, 2005; MATSUI, 2008; OLIVEIRA *et al*, 2010). Assim como no HUHS, uma UTI adulta que atende às vítimas de traumas obteve maior média de permanência, calculada em 16.6 dias (NOGUEIRA, 2008).

Houve prevalência do sexo masculino nas internações em dois estabelecimentos. Situações semelhantes ocorreram em outros estudos, com porcentagens variando de 52- 67% (CABRAL *et al*, 2009; CABRERA *et al*, 2008; FEIJÓ *et al*, 2006; LAIZO; DELGADO; ROCHA, 2010; MATSUI, 2008; OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2010).

No HUHS ocorreu a prevalência de internações do sexo masculino. Outros estudos com o perfil de atendimento ao trauma evidenciaram a mesma prevalência, variando de 77%- 80% as internações do sexo masculino (NOGUEIRA, 2008; DOMINGUES, 2008). A maior quantidade de internações da população masculina nas UTIs adultas do HUHS demonstra que os traumas (causas externas e acidentes de trânsito) são condições de risco nesse grupo.

A maioria das procedências das internações nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico foi interna, com prevalência nos encaminhamentos dos setores centro cirúrgico e o pronto socorro. O mesmo foi analisado em quatro UTIs de São Paulo, nos anos de 2006 a 2007, que identificou a maioria (80%) das internações proveniente do centro cirúrgico e pronto socorro (OLIVEIRA, 2010).

As idades que prevaleceram nas internações deste estudo estiveram nas faixas etárias de 55 a 84 anos (53%), com maior frequência o intervalo 70-74 anos de idade. Em outros estudos foi observada a prevalência de 39% a 53% da população com 60 anos e mais nas internações nas UTIs (OLIVEIRA, 2010; FEIJÓ *et al*, 2006; OLIVEIRA *et al*, 2010). Um estudo com 81 internações na UTI obteve 76% das amostras com idades acima de 65 anos (SILVA *et al*, 2009). Na UTI de um Hospital Universitário da Espanha 22,5% das amostras tinham mais de 70 anos (CABRERA *et al*, 2008). A idade avançada é um fator comum nas internações de UTI, cuja frequência oscila de maioria para a grande maioria das internações de pessoas com idades \geq a 60 anos.

A idade média identificada nas internações nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital de Urgências foi de 59 anos. Outros estudos do mesmo setor hospitalar identificaram

idades médias que variaram de 56 a 60 anos de idade (CABRERA *et al*, 2008; MATSUI, 2008; MORAES; FONSECA; LEONI, 2005).

Os motivos de internação prevalentes nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico foram: o IAM, o AVE e a ICC. Essas três são condições de morbidades circulatórias identificadas com prevalência em outros estudos (CABRAL *et al*, 2009; OLIVEIRA, 2010; FEIJÓ *et al*, 2006; MATSUI, 2008).

As CSAP representaram 21% das internações nas UTIs adultas da Santa Casa e Hospital Evangélico. Em análise de internações gerais/SUS em 2006, foi evidenciado que CSAP com exceção dos partos foram responsáveis por 28.5% do total de internações (ALFRADIQUE *et al*, 2009). As morbidades cardiovasculares e respiratórias não são eventos raros nas internações gerais e de UTI (DATASUS, 2011a; GOÍÁS, 2010a), contudo podem ser prevenidas, tratadas e acompanhadas na atenção básica, desde que sejam ofertados os serviços necessários com agilidade e resolubilidade suficiente à demanda.

Destacam-se, dentre os motivos de internação, o AVE e a ICC. Estas estiveram presentes entre os principais motivos de internação, de CSAP e de causa de óbito. O AVE e a ICC são doenças crônicas que têm sua origem na doença hipertensiva, que por sua vez possui fatores de risco modificáveis como o sedentarismo, a obesidade e o tabagismo (CASTRO, 2002; LOYOLA FILHO *et al*, 2004). Observa-se, pelos fatores de risco para as doenças citadas, que o papel da atenção básica é fundamental para a prevenção dessas internações.

A transformação no perfil demográfico brasileiro com tendência ao envelhecimento da população eleva o risco para doenças crônico-degenerativas (exemplos: ICC, AVE, IAM) e para a necessidade de internação como comprovado neste estudo. Esse aumento na expectativa de vida do brasileiro, já comprovado em estudos nacionais (COHN; ELIAS, 2003; IBGE, 2010b; BRASIL, 2011a), conduz à preocupação quanto a oferta de serviços de saúde para população adulta e idosa.

A ampliação na cobertura de assistência da atenção básica reduz a demanda de internações gerais por CSAP (PERPÉTUO; WONG, 2006), por contar com a proximidade dos serviços de saúde. As CSAP frequentemente citadas nos estudos e estatísticas de morbimortalidade devem ser o foco na gestão da saúde, não somente para redução de internações e gastos, mas, sobretudo como prevenção de situações que afetam de maneira significativa a qualidade de vida das pessoas.

Quanto aos desfechos, evidenciou-se alta sobrevida para os usuários das UTIs adultas. Calculando a média de desfechos em óbitos de outros estudos, tem-se a taxa de 24%, com variação de 13 a 49% (CABRAL *et al*, 2009; CABRERA *et al*, 2008; DOMINGUES,

2008; FEIJÓ *et al*, 2006; FONSECA; LEONI, 2005; NOGUEIRA 2008; MORAES; MATSUI, 2008; OLIVEIRA, 2010; OLIVEIRA *et al*, 2010). Neste estudo, taxa de mortalidade esteve acima da média calculada nos estudos de referência, mostrando ser necessária a investigação das condições ligadas às ocorrências de óbitos nesses hospitais.

Ainda com relação aos óbitos, 27% das internações com esse desfecho permaneceram mais de 8 dias nas UTIs, a maioria do sexo masculino. O tempo de permanência prolongado constitui um indicador de possível complicação, que eleva a taxa de mortalidade (MATSUI, 2008).

O almejado é que todas as pessoas que passam por uma internação em UTI recebam alta num menor tempo possível, e que o tratamento seja eficiente ao ponto de poder voltar as atividades normais e a convivência social. De fato como comprovado neste estudo, a possibilidade de alta é prevalente, mas existem a taxa de óbito e as altas da UTI, em que os usuários continuam internados em outro setor podendo recuperar a saúde ou não. Tanto o desfecho de alta, quanto de óbito são indicadores ricos em informações a serem utilizadas em pesquisas que orientam o trabalho dos profissionais de saúde para melhor assistência e promoção da qualidade de vida para os usuários da UTI.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram identificadas neste estudo as variáveis que caracterizaram as internações nas UTIs adultas de Anápolis. Verificou-se que a média de internações foi inferior a mil no ano, com a prevalência do sexo masculino, principalmente no HUHS, referência para vítimas de trauma. As faixas de idades mais presentes corresponderam à fase adulta mais avançada e ao idoso, sendo a média de permanência inferior à apresentada nos estudos de referência, com exceção dos estabelecimentos de saúde de atendimento ao trauma, que teve este valor consideravelmente maior. As procedências internas foram a grande maioria, com maior frequência das unidades centro cirúrgico e pronto socorro; os motivos prevalentes foram o IAM, AVE e a ICC; a taxa de mortalidade de 31%, sendo as causas mais frequentes de óbito o câncer, a IRPA, a ICC e o AVE. A maior incidência de óbitos, segundo distribuição por motivos foi por o câncer, PCR e DPOC. Entre as CSAP, as que se destacaram: o AVE, a ICC e a PNM.

O perfil dos internados nas UTIs adultas de Anápolis, demonstrados nos resultados desta, fica evidente o impacto da transição demográfica e epidemiológica na procura e utilização dos serviços de saúde. Enfatizando que a população acima dos 55 anos, constituiu a maioria das amostras estudadas e que as doenças crônicas degenerativas, muito presentes nessa faixa etária, também prevaleceram nas internações. A exposição dessa população a maior probabilidade de internações por condições evitáveis de desvio na saúde, mostra que a atenção básica deve estar atuante na promoção de saúde e prevenção das doenças de maior incidência, evidenciadas nos estudos de morbimortalidade, bem como ofertando o acompanhamento e o tratamento efetivo de acordo com a demanda existente.

Percebe-se que necessita haver maior comunicação entre os níveis básicos e terciários de saúde, utilizando para propostas de melhorias no atendimento as análises de dados de internação. Para que haja eficiência nas estatísticas e pesquisas com dados internação geral e de UTI é necessário que os mesmos sejam registrados com uma linguagem (mesmo a da saúde) padronizada e organizada, de forma mais completa possível. Sugere-se os seguintes itens no registro de internação: data e hora de internação, nome completo, sexo, data de nascimento, endereço completo, telefone, motivo(s) da internação, desfecho com data e hora; assinatura do responsável pelo preenchimento. Nenhum dos itens pode ser esquecido, devendo utilizar caneta de cor escura, preta ou azul, com escrita legível, evitando abreviações.

Outras abordagens utilizando dados de internação em UTI adulta, envolvendo informações acerca do endereço dos usuários desse setor e da oferta de serviços básicos de

saúde, favoreceriam a interdisciplinaridade e a resolutividade dos atendimentos de saúde no município. Além de identificar os setores de moradia em que a população se apresenta prevalente nas internações, os motivos também se tornariam conhecidos. Dessa forma os serviços da atenção básica poderiam ser reestruturados para melhor atendimento da população de risco.

Quanto a capacidade instalada de leitos de UTI adulta nos três estabelecimentos, o resultado mostra que a quantidade ofertada é a recomendada para atender à demanda no setor. Contudo, fica a interrogação se essa capacidade instalada de UTI adulta é suficiente para atender os encaminhamentos das regiões pactuadas nos serviços de saúde de Anápolis, visto que o cálculo da capacidade instalada de leitos gerais foi negativo para atender o quantitativo populacional dos 12 municípios. A insuficiência de leitos para internação, principalmente de UTI, afeta diretamente a condição de saúde da pessoa doente, visto que a recuperação desta pode depender da assistência hospitalar prestada e que de outra forma haveria complicações e até mesmo a morte.

Percebendo a necessidade de ampliação da oferta de leitos em UTI adulta, sugere-se que se faça novo estudo para a determinação atual da capacidade instalada e da demanda, com a previsão de leitos e com a participação da gestão municipal de saúde. Essa avaliação pode garantir a disponibilidade do atendimento de UTIs adultas à população necessitada, para que a angústia à espera de leitos não venha ocorrer e que a verdadeira garantia de acesso e resolubilidade no SUS sejam asseguradas.

REFERÊNCIA

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(6): 1337-1349, jun., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf> Acesso 25 de jan. 2012.

AMORA, A. S. **Minidicionário Soares Amora da língua portuguesa**. 19^a ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

ARQUIDIOCESE, SP. **Um relatório para a história: Brasil nunca mais**. 10^o ed. Petrópolis: Vozes, 1985. Disponível em: <http://www.docvirt.com/docreader.net/DocReader.aspx?bib=BibliotBNM&PagFis=653&Pesq=> Acesso em 28 de jun. 2012.

ARRETCHE, M.; MARQUES, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000300006>

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos no SUS e o que esperamos. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). **Políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 11-41.

BRASIL. Cidadão. **Ações e programas**. [2012]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/area/342/acoes-e-programas.html>. Acesso em 12 de jun. 2012.

_____. **Decreto n 7.508, de 28 de junho de 2011**. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2011^a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso 22 de maio 2012.

_____. **Doenças crônicas não Transmissíveis**. Vigilância. Ministério da Saúde. 2011b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1 Acesso 27 de jun. 2011.

_____. **Indicadores de saúde - aspectos conceituais**. Ministério da Saúde. 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/curso_indicadores.pdf. Acesso 28 de jun. 2011.

_____. **Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937**. Dá nova organização ao Ministério da Educação e Saúde Pública. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/L378.pdf> Acesso em 17 de jun. 2012.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Presidência da República: Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. 169^o da Independência e 102^o da República. Brasília,

1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso 11 de mai. 2011.

_____. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília: 2010. 144 p. Série I. História da Saúde no Brasil. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf Acesso 08 de jun. 2012.

_____. **Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/uti/Portaria_3432B.pdf. Acesso em 18 de jan. 2012.

_____. **Portaria nº 1.101/GM em 12 de junho de 2002**. <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>. Acesso 25 de maio 2012.

_____. **Portaria nº 1.097 de 22 de maio de 2006**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-1097.htm>. Acesso 30 de nov. 2011.

_____. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Art. 1º Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>. Acesso 03 de fev. 2012.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada- **RDC Nº 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Disponível em: <http://brasilsus.com.br/legislacoes/rdc/102985-7.html>. Acesso 12 de Nov. 2011.

CABRERA, L. S. *et al* . Características y pronóstico de los pacientes mayores con estancia muy prolongada en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Med. Intensiva**, Madrid, v. 32, n. 4, mayo 2008. Disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000400001&lng=es&nrm=iso>. accedido en 06 nov. 2012.

CABRAL, C. R. C. *et al*. Avaliação da mortalidade e qualidade de vida dois anos após a alta do CTI: dados preliminares de uma coorte prospectiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. 2009; 21(1): 18-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v21n1/v21n1a03.pdf>. Acesso 15 de set. 2012.

CASTRO, M. S. M.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4): 795-811, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14606.pdf>. Acesso 27 de ago. 2012.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias DOSSIÊ**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 122-135. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a05n7.pdf>. Acesso 06 de ago. 2012.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. [2013]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1> Acesso 19 de nov. 2011.

COHN, A.; ELIAS, P. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4 ed. São Paulo: Cortez: Cedec, 2003.

CONASS. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007^a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/livro_9_assistencia_de_medica_e_alta_complexidade_no_sus.pdf Acesso 03 de fev. 2012.

CONASS. **SUS: avanços e desafios**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 20^a ed. Brasília: CONASS, 2006. 164 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf. Acesso 25 de jun. 2012.

CONASS. **Legislação Estruturante do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/livro_12_legislacao_estruturante_do_sus.pdf Acesso 03 de fev. 2012.

CONASS. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. 1^a Edição. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007c. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_fesp_final_completo1.pdf. Acesso 03 de Fev. 2012.

COSTA, F.N. **Pirâmide de faixa etária brasileira**. 2010. Publicação no Blog. Disponível em: <http://fernandonogueiracosta.wordpress.com/2010/12/16/piramide-etaria-brasileira/>. Acesso 19 de nov. 2012.

DATASUS. **Caderno do Estado de Goiás**. Cadernos de informações de saúde. 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/go.htm>. Acesso 23 de abr. 2012.

DATASUS. **Mortalidade em Goiás**. Informações em saúde. [2011^a]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10go.def>. Acesso 11 de abr. 2012.

DATASUS. **Óbitos p/ Residência por Unid. Federação e Faixa Etária de 15 a 80 anos e mais**. Mortalidade no Brasil. Informações em Saúde. Ministério da Saúde. Período 2010. [2011b]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso 09 de maio 2012.

DATASUS. **Morbidade hospitalar do SUS por local de internação, Goiás**. Informações em Saúde. Ministério da Saúde. [2012^a]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nigo.def>. Acesso 06 de nov. 2012.

DOMINGUES, C. A. **Probabilidade de Sobrevida: comparação dos resultados do trauma and injury severity score**. 2008. 78f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-16052008-094946/pt-br.php>. Acesso 27 de jun. 2011.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. Conferências Nacionais de saúde na construção do SUS. In: LIMA, N. T. (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 83-119.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária. In: LIMA, N. T. (orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 59-81.

FEIJÓ, C. A. R. *et al.* Gravidade dos Pacientes Admitidos à Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário Brasileiro. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**. v.18. n.1. p. 18-21. Jan/Mar 2006. Disponível em: http://www.amib.org.br/rbti/download/artigo_201061613570.pdf. Acesso 23 de jun. 2011.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da Pesquisa Científica**. 2002. Disponível em: <http://www.dqi.ufms.br/~lp4/apostilaMetodologia.pdf>. Acesso 26 de out. 2012.

FERRARI, F. 2004. **Estatística básica**. Disponível em: <http://www.ferrari.pro.br/home/documents/FFerrari-Curso-Estatistica-Basica.pdf>. Acesso 8 de out. 2012.

FREITAS, H.; MOSCAROLA, J. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. **RAE-eletrônica**, v. 1, n.1, jan-jun/2002. Ed: Fundação Getúlio Vargas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n1/v1n1a06.pdf>. Acesso 06 de nov. 2012.

GOIÁS. **Cadernos de informações de saúde**. [2010^a]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/go.htm>. Acesso 23 de abr. 2012.

GOIÁS. **Regionais**. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Goiás. [2010b]. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/index.php?idEditoria=3982>. Acesso 16 de nov. 2011.

GOMES, L. **1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil**. São Paulo: Planeta do Brasil, 2007.

IBGE. **Censo 2010 da população residente por sexo e grupo de idade, segundo as grandes regiões e unidades de federação**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [2011]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12&uf=00#topo_piramide. Acesso em 09 de maio 2012.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2009. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=go>. Acesso 18 de nov. 2011.

IBGE. **Serviços de Saúde, 2005 e Sinopse do Censo Demográfico**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Goiás: Anápolis, 2010^a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=go>. Acesso 16 de nov. 2011.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2010b. Disponível: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766. Acesso 06 de nov. 2010.

ISKANDAR, J. I. **Normas da ABNT**: comentadas para trabalhos científicos. 2^a ed. (ano 2003), 4^a tir. Curitiba: Juruá, 2006.

LAIZO, L.; DELGADO, F. E. F.; ROCHA, G. M. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovasc** 2010; 25(2): 166-171. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v25n2/v25n2a07.pdf>. Acesso 06 de nov. 2012.

LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6^a ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Trad. Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: UFMG, 1999.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O.; HOCHMAN, G. A. saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. (org). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 27-58.

LOYOLA FILHO, A. I. *et al.* Causas de internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 4, dic. 2004 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000400005&lng=es&nrm=iso>. acessado em 06 nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000400005>.

MARINI, J. J.; WHEELER, A. **Terapia intensiva**: o essencial. Trad. Marcos Ikeda. 2^aed. São Paulo: Manole, 1999. cap. 18. p. 285-304.

MATSUI, M. **Identificação das variáveis associadas à mortalidade de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto**. 2008. 95f. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia em Clínica Médica). Faculdade de Medicina de Botucatu (Universidade Estadual de São Paulo). Disponível: http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064020P0/2008/matsui_m_me_botfm.pdf. Acesso 03 de jun. 2011.

MEDEIROS, C. M. B. Desafios dos sistemas de serviços em saúde: integração e redes no setor, **Revista TEXTOS** de la CiberSociedad, 16. 2008. Monográfico: Internet, sistemas interativos e saúde. Disponível em <http://www.cibersociedad.net>. Acesso 08 de jun. 2012. <http://www.cibersociedad.net/textos/articulo.php?art=202>.

MENDES, E. V. **A modelagem das redes de atenção**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. 2007. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf. Acesso 25 de jun. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/intranet/images/stories/download/Portaria%201559%20de%201%C2%BA%20de%20Agosto%20de%202008.pdf>. Acesso 06 de nov. 2012.

MORAES, R. S.; FONSECA, J. M. L.; LEONI, C. B. R. Mortalidade em UTI, Fatores Associados e Avaliação do Estado Funcional após a Alta Hospitalar. **Revista Brasileira**

Terapia Intensiva. v.17 n. 2. p. 80-84. Abr/Jun 2005. Disponível em: http://www.amib.org.br/rbti/download/artigo_2010617164554.pdf. Acesso 23 de jun. 2011.

NOGUEIRA, L. S. **Gravidade das vítimas de trauma admitidas em Unidades de Terapia Intensiva:** estudo comparativo entre diferentes índices. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-15052008-164335/>. Acesso 17 de jan. 2012.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de Metodologia Científica:** projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning, 2002.

OLIVEIRA, A. B. F. *et al.* Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, Sept. 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2010000300006&lng=en&nrm=iso. access on 14 Feb. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000300006>. Acesso 14 de fev. 2012

OLIVEIRA, V. C. R. **Estudo comparativo das condições clínicas de adultos, idosos e muito idosos internados em unidade de terapia intensiva.** 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Saúde do Adulto) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-23062010-100139/>. Acesso 17 Jan. 2012.

OPAS. **Declaração de Alma-Ata.** Organização Panamericana da Saúde. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. URSS: 6-12 de set. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso 20 de jun. 2012.

OTTAWA. **Carta de Ottawa.** Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, nov. de 1986. Disponível em http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/internacionais/carta_ottawa.pdf. Acesso 20 de jun. 2012.

OPAS. **Parâmetros para programação das ações básicas de saúde.** Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2001. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/sala5406.pdf>. Acesso 22 de ago. 2012.

PERPÉTUO, I. H. O; WONG, L. R. **Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário:** uma análise exploratória dos dados de minas gerais. 2006. Disponível em: http://cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A043.pdf. Acesso 25 de jan. 2012.

SILVA, D. et al. Perfil epidemiológico e fatores de risco para mortalidade em pacientes idosos com disfunção respiratória. **Rev. bras. ter. intensiva.** São Paulo, v. 21, n. 3, Aug. 2009. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2009000300005&lng=en&nrm=iso. Access on 06 Nov. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2009000300005>.

SILVA, J. M. **A gestão do fluxo assistencial regulado no sistema único de saúde.** Regulação do acesso. Profissional e gestor. [2012]. Ministério da Saúde. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=24560&janela=2. Acesso 20 de ago. 2012.

SILVA, J. P. V; LIMA, J. C. O Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org). **Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 43-73.

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

SISREG. **Sistema de Regulação no SUS**. Portal do SISREG. [2004]. Disponível em: <http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/oque.htm?mm=none>. Acesso 22 de ago. 2012.

SISREG. **Sistema de Regulação no SUS**. [2012]. Disponível em. <http://www.portalsisreg.epm.br/conteudo/oque.htm>. Acesso 22 ago. 2012.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200014>

SES/GO. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. Superintendência de Planejamento. Goiânia: 2008. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_977_02_plano_saude_2008_2011.pdf. Acesso em 01 de jun. 2012.

SEPIN. **Goiás visão geral**. Superintendência de Estatística, Pesquisa e Informações Socioeconômicas. Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento. [2011]. Disponível em: http://www.seplan.go.gov.br/sepin/goias.asp?id_cad=6000. Acesso em 23 de fev. 2012.

Stat D+. **Estudo dirigido de estatística descritiva**. Responsáveis técnicos: Carlos T. Aksmine e Roberto K. Yamamoto. Editora Érica, 1998. Disponível em: <http://www.baixaki.com.br/download/estat-d-.htm>.

VIANA, A. L. A.; POZ, M. R. D. PHYSIS. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família: Rev. **Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento). 2005. 225- 264.

VIEIRA, S; HASSNE,W. S. **Metodologia científica para área da saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

ANEXO 1

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Autorizo a realização da pesquisa intitulada “PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTAS, ANÁPOLIS, GOIÁS, 2007 A 2011”, neste *Hospital Geral Santa Casa de Misericórdia, sob a Esfera Administrativa Privada, Gestão Ambulatorial Básica, Média e Alta Complexidade e Internação Municipal, sendo uma Entidade Sem Fins Lucrativos, CNPJ 01038751000160, CNES 2361, localizado à Rua Visconde de Taunai, número 134, Bairro Jundiáí, Anápolis, Goiás. Email: CPD@SANTACASA.ORG

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: Analisar as variáveis que caracterizam o perfil das internações nas UTIs adultas, em Anápolis, nos anos de 2007 a 2011, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição de saúde, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende-se utilizar dados que se encontram registrados no livro de controle de admissões e altas da UTI adulta e\ou armazenados em pastas de documentos de computador e obter ainda, informações por meio de questionário estruturado (desde que o sujeito concorde) abordando informações sobre a instituição e a UTI adulta da mesma. O nome do sujeito participante do questionário será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

A pesquisa será realizada por Regina de Ribeiro de Castro, telefone de contato (062) 96988752, matriculada no Curso Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, no Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação do professor Doutor Nelson Bezerra Barbosa, a fim de desenvolver uma Dissertação, para obtenção do título de Mestre, sendo esta um das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição proponente ** CEP UniEVANGÉLICA (em anexo), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196\96.

Esta instituição esta ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, de seu compromisso no resguardo da

segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

*Instituição Coparticipante

Aquela na qual haverá o desenvolvimento de alguma etapa da pesquisa.

**Instituição Proponente

Instituição com a qual o pesquisador principal tem vínculo e em nome da qual apresenta a pesquisa

ANEXO 2

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Autorizo a realização da pesquisa intitulada “PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTAS, ANÁPOLIS, GOIÁS, 2007 A 2011”, neste *Hospital de Urgência Dr Henrique Santillo, Unidade de Pronto Socorro Geral, de Esfera Administrativa Estadual, porém de Gestão de Média e Alta Complexidade Municipal, Razão Social Fundo Especial de Saúde (FUNESA), CNES 3771962, CNPJ 00544963000156, localizado a Avenida Brasil Norte nº 3105, Anápolis, Goiás, telefone (062) 3311 9100. Email: www.hospitaldeurgencias.com.br

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: Analisar as variáveis que caracterizam o perfil das internações nas UTIs adultas, em Anápolis, nos anos de 2007 a 2011, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição de saúde, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende-se utilizar dados que se encontram registrados no livro de controle de admissões e altas da UTI adulta e\ou armazenados em pastas de documentos de computador e obter ainda, informações por meio de questionário semi-estruturado (desde que o sujeito concorde) abordando informações sobre a instituição e a UTI adulta da mesma. O nome do sujeito participante do questionário será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

A pesquisa será realizada por Regina de Ribeiro de Castro, telefone de contato 62 96988752, matriculada no Curso Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, no Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação do professor Doutor Nelson Bezerra Barbosa, a fim de desenvolver uma Dissertação, para obtenção do título de Mestre, sendo esta um das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição proponente ** CEP UniEVANGÉLICA (em anexo), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196\96.

Esta instituição esta ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, de seu compromisso no resguardo da

segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

*Instituição Coparticipante

Aquela na qual haverá o desenvolvimento de alguma etapa da pesquisa.

**Instituição Proponente

Instituição com a qual o pesquisador principal tem vínculo e em nome da qual apresenta a pesquisa.

ANEXO 3

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Autorizo a realização da pesquisa intitulada “PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTAS, ANÁPOLIS, GOIÁS, 2007 A 2011”, neste Hospital Evangélico Goiano, CNES 2442108, CNPJ 36975290000136, Razão Social Fundação James Fanstone, localizado no Centro, Praça James Fanstone, número 60, Anápolis, Goiás, telefone (062) 3310 1313. Email: gerencia@heg.com.br

A ciência da instituição possibilita a realização desta pesquisa, que tem como objetivo: Analisar as variáveis que caracterizam o perfil das internações nas UTIs adultas, em Anápolis, nos anos de 2007 a 2011, fazendo-se necessário a coleta de dados nesta instituição de saúde, pois configura importante etapa de elaboração da pesquisa. Para a coleta de dados pretende-se utilizar dados que se encontram registrados no livro de controle de admissões e altas da UTI adulta e\ou armazenados em pastas de documentos de computador e obter ainda, informações por meio de questionário semi-estruturado (desde que o sujeito concorde) abordando informações sobre a instituição e a UTI adulta da mesma. O nome do sujeito participante do questionário será ocultado, garantindo o sigilo nominal da pessoa.

A pesquisa será realizada por Regina de Ribeiro de Castro, telefone de contato 62 96988752, matriculada no Curso Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente, no Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob a orientação do professor Doutor Nelson Bezerra Barbosa, a fim de desenvolver uma Dissertação, para obtenção do título de Mestre, sendo esta um das exigências do curso. No entanto, os pesquisadores garantem que as informações e dados coletados serão utilizados e guardados, exclusivamente para fins previstos no protocolo desta pesquisa.

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição proponente ** CEP UniEVANGÉLICA (em anexo), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196\96.

Esta instituição esta ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

*Instituição Coparticipante

Aquela na qual haverá o desenvolvimento de alguma etapa da pesquisa.

**Instituição Proponente

Instituição com a qual o pesquisador principal tem vínculo e em nome da qual apresenta a pesquisa.

ANEXO 4

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS

Pedimos autorização para manusear os protocolos de registros dos pacientes admitidos nesta unidade, para a realização do projeto de pesquisa intitulado **PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTAS, ANÁPOLIS, GOIÁS, 2007 A 2011**, orientado pelo Dr. Nelson Bezerra Barbosa e desenvolvido pela mestrandia Enfermeira Especialista Regina Ribeiro de Castro.

Os dados coletados nos livros ou protocolos de registros dos usuários deste serviço serão organizados e analisados com o objetivo de Identificar e analisar o perfil das internações nas UTIs adultas do município de Anápolis, nos anos de 2007 a 2011. Os dados somente serão coletados e utilizados na pesquisa mediante autorização do responsável por esta instituição.

Os sujeitos da pesquisa terão a identidade preservada. Não haverá contato direto com os principais sujeitos participantes da pesquisa, haja visto que as informações a serem utilizadas são retrospectivas. Para análise os dados primários serão organizados e codificados (garantindo o sigilo do nome dos usuários) para categorização, então não existe risco direto com relação aos sujeitos.

Quanto às instituições participantes serão resguardadas de qualquer crítica negativa por parte dos pesquisadores, garantindo que os dados serão utilizados como fins pesquisa científica, conforme o objetivo mencionado e que este estudo de forma alguma irá denegrir a imagem pública da instituição participante. Essa instituição poderá a qualquer momento deixar de participar desta pesquisa. Não haverá ônus ou remuneração para a instituição participante.

Os dados coletados serão arquivados por cinco anos, pelo pesquisador responsável, após esse tempo serão destruídos. Posteriormente a realização desta pesquisa, os resultados serão publicados em revistas científicas da área, periódicos, eventos científicos ou cadernos de resumos.

Anápolis, ____ de _____ de 2012.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelos Protocolos de Registros de Pacientes Admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Adulta, do Hospital Santa Casa de Misericórdia, Anápolis, Goiás.

ANEXO 5

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS

Pedimos autorização para manusear os protocolos de registros dos pacientes admitidos nesta unidade, para a realização do projeto de pesquisa intitulado **PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTAS, ANÁPOLIS, GOIÁS, 2007 A 2011**, orientado pelo Dr. Nelson Bezerra Barbosa e desenvolvido pela mestrandia Enfermeira Especialista Regina Ribeiro de Castro.

Os dados coletados nos livros ou protocolos de registros dos usuários deste serviço serão organizados e analisados com o objetivo de Identificar e analisar o perfil das internações nas UTIs adultas do município de Anápolis, nos anos de 2007 a 2011. Os dados somente serão coletados e utilizados na pesquisa mediante autorização do responsável por esta instituição.

Os sujeitos da pesquisa terão a identidade preservada. Não haverá contato direto com os principais sujeitos participantes da pesquisa, haja visto que as informações a serem utilizadas são retrospectivas. Para análise os dados primários serão organizados e codificados (garantindo o sigilo do nome dos usuários) para categorização, então não existe risco direto com relação aos sujeitos.

Quanto às instituições participantes serão resguardadas de qualquer crítica negativa por parte dos pesquisadores, garantindo que os dados serão utilizados como fins pesquisa científica, conforme o objetivo mencionado e que este estudo de forma alguma irá denegrir a imagem pública da instituição participante. Essa instituição poderá a qualquer momento deixar de participar desta pesquisa. Não haverá ônus ou remuneração para a instituição participante.

Os dados coletados serão arquivados por cinco anos, pelo pesquisador responsável, após esse tempo serão destruídos. Posteriormente a realização desta pesquisa, os resultados serão publicados em revistas científicas da área, periódicos, eventos científicos ou cadernos de resumos.

Anápolis, ____ de _____ de 2012.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelos Protocolos de Registros de Pacientes Admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Adulta, do Hospital de Urgências Dr. Henrique Santillo, Anápolis, Goiás.

ANEXO 6

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E MANUSEIO DE DADOS

Pedimos autorização para manusear os protocolos de registros dos pacientes admitidos nesta unidade, para a realização do projeto de pesquisa intitulado **PERFIL DAS INTERNAÇÕES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ADULTAS, ANÁPOLIS, GOIÁS, 2007 A 2011**, orientado pelo Dr. Nelson Bezerra Barbosa e desenvolvido pela mestranda Enfermeira Especialista Regina Ribeiro de Castro.

Os dados coletados nos livros ou protocolos de registros dos usuários deste serviço serão organizados e analisados com o objetivo de Identificar e analisar o perfil das internações nas UTIs adultas do município de Anápolis, nos anos de 2007 a 2011. Os dados somente serão coletados e utilizados na pesquisa mediante autorização do responsável por esta instituição.

Os sujeitos da pesquisa terão a identidade preservada. Não haverá contato direto com os principais sujeitos participantes da pesquisa, haja visto que as informações a serem utilizadas são retrospectivas. Para análise os dados primários serão organizados e codificados (garantindo o sigilo do nome dos usuários) para categorização, então não existe risco direto com relação aos sujeitos.

Quanto às instituições participantes serão resguardadas de qualquer crítica negativa por parte dos pesquisadores, garantindo que os dados serão utilizados como fins pesquisa científica, conforme o objetivo mencionado e que este estudo de forma alguma irá denegrir a imagem pública da instituição participante. Essa instituição poderá a qualquer momento deixar de participar desta pesquisa. Não haverá ônus ou remuneração para a instituição participante.

Os dados coletados serão arquivados por cinco anos, pelo pesquisador responsável, após esse tempo serão destruídos. Posteriormente a realização desta pesquisa, os resultados serão publicados em revistas científicas da área, periódicos, eventos científicos ou cadernos de resumos.

Anápolis, ____ de _____ de 2012.

Assinatura e Carimbo do Responsável pelos Protocolos de Registros de Pacientes Admitidos na Unidade de Terapia Intensiva Adulta, do Hospital Evangélico Goiano, Anápolis, Goiás.

ANEXO 7

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculosas	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	

4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como	J40

	aguda ou crônica	
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9

	específicas	
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças	N73

	inflamatórias pélvicas femininas	
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>

