



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SOCIEDADE**

GABRIELA LEUSIN REGIO

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: OS ELOS DAS REDES DE PRODUÇÃO DA
LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA ORTOPÉDICO NO MUNICÍPIO DE
SANTARÉM/PA**

**SANTARÉM-PA
2023**

GABRIELA LEUSIN REGIO

**POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: OS ELOS DAS REDES DE PRODUÇÃO DA
LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA ORTOPÉDICO NO MUNICÍPIO DE
SANTARÉM/PA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Sociedade, do Mestrado Acadêmico em Ciências da Sociedade; Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Ciências da Sociedade, como requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Sociedade; Área de concentração: políticas públicas e estratégias de desenvolvimento regional.

Orientador: Prof. Dr. Edilan de Sant'Ana Quaresma

**SANTARÉM-PA
2023**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

R336p Regio, Gabriela Leusin
Política Pública de Saúde: os elos das redes de produção da linha de cuidado ao trauma ortopédico no município de Santarém-PA. / Gabriela Leusin Regio. – Santarém, 2023.
133 p. : il.
Inclui bibliografias.

Orientador: Edilan de Sant'Ana Quaresma
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Instituto de Ciências da Sociedade, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Sociedade.

1. Linha de Cuidado ao Trauma. 2. Rede de Atenção à Saúde. 3. Rede de Atenção às Urgências e Emergências. 4. Política Pública de Saúde na Amazônia. 5. Sistema Único de Saúde. I. Quaresma, Edilan de Sant'Ana, *orient.* II. Título.

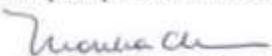
CDD: 23 ed. 362.1042098115

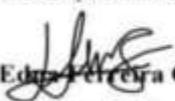
Bibliotecária - Documentalista: Cátia Alvarez – CRB/2 843

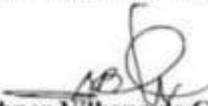


ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO PPGCS

Ao vigésimo primeiro dia do mês de julho do ano de dois mil e vinte e três, às 09h00, em sala virtual (<https://meet.google.com/hcf-sovt-cxx>), instalou-se a banca examinadora de dissertação de mestrado da aluna **GABRIELA LEUSIN REGIO**. A banca examinadora foi composta pelos professores Dra. Marília Cristina Prado Louvison, USP, examinadora externa ao Programa, Dra. Edna Coelho Ferreira Coelho Galvão, UFOPA, examinadora interna, Dr. Abner Vilhena de Carvalho, UFOPA, examinador interno, e Dr. Edilan de Sant Ana quaresma, orientador. Deu-se início a abertura dos trabalhos, por parte do professor Dr. Edilan de Sant Ana Quaresma, orientador, que, após apresentar os membros da banca examinadora e esclarecer a tramitação da defesa, passou de imediato à mestranda para que iniciasse a apresentação da dissertação, intitulada **“POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE: OS ELOS DA REDE DE PRODUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DO TRAUMA ORTOPÉDICO NO M UNICÍPIO DE SANTARÉM/PA”**, marcando um tempo de 26 minutos de apresentação. Concluída a exposição, o Prof. Dr. Edilan de Sant Ana Quaresma, presidente, passou a palavra aos examinadores, para argüirem a candidata. Após as considerações sobre o trabalho em julgamento, foi aprovada a candidata, conforme as normas vigentes na Universidade Federal do Oeste do Pará. A versão final da dissertação deverá ser entregue ao programa, no prazo de trinta dias, contendo as modificações sugeridas pela banca examinadora e constante na folha de correção anexa, sob pena de a candidata não obter o título se não cumprir as exigências acima. Para efeito legal segue a presente ata assinada pelo professor orientador, pelos professores avaliadores e pela mestranda.


Dra. Marília Cristina Prado Louvison
USP – Examinadora Externa


Dra. Edna Coelho Ferreira Coelho Galvão
UEPA – Examinadora Interna


Dr. Abner Vilhena de Carvalho
UFOPA – Membro Interno


Dr. Edilan de Sant Ana Quaresma
UFOPA - Presidente

Campus Amazônia Boulevard, Av. Mendonça Furtado, 2496, Sala 214 – Bairro: Fátima CEP: 68040-070
Fone: (93) 2101-7622, E-mail: ppgcs.sectetaria@ufopa.edu.br

Documento assinado digitalmente
GABRIELA LEUSIN REGIO
Data: 06/04/2023 22:02:57 -0300
Verifique em <https://wafabr.li.gov.br>

Gabriela Leusin Regio
Mestra em Ciências da Sociedade - Ufopa

À sociedade santarena que me acolheu e oportunizou crescimento pessoal e profissional. Como gratidão, realizo este trabalho com intuito de contribuir com a saúde pública do trauma ortopédico no município de Santarém.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela minha vida e das pessoas que caminharam comigo nesta jornada, pois a Fé manifestada pelo poder do Espírito Santo foi o meu maior suporte diário.

Sou grata ao meu esposo, filho e demais familiares pelo afeto e palavras de conforto nas horas difíceis e, principalmente, ao incentivo e torcida pelo meu sucesso e crescimento acadêmico. E claro, pela compreensão da minha ausência na dedicação aos estudos!

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Sociedade que contribuíram grandiosamente com o meu desenvolvimento, em especial ao meu orientador, Professor Doutor Edilan de Sant'Ana Quaresma, pela dedicação, confiança e direcionamentos na condução da realização da pesquisa. Minha eterna gratidão e admiração!

À amiga e ex-professora do Claretiano Centro Universitário, Doutora Adriana de Carvalho por toda atenção, carinho e ensinamentos. Sem os nossos intensos diálogos e suas dicas preciosas não seria possível chegar até aqui. Sou sua fã!

Às colegas do Claretiano Centro Universitário Débora de Lima Araújo e Lorena Estevão Fonseca da Silva que se tornaram minhas amigas do coração e fiéis parceiras de estudos.

Tive a honra de conquistar uma vaga como aluna especial da disciplina de Regulação e Regionalização das Redes de Atenção à Saúde na Universidade de São Paulo-USP, a qual me permitiu conhecer melhor a saúde pública, admirar e aprender muito com a professora Marília Louvison. Gratidão!

Aos meus ex-colegas de trabalho do Hospital Municipal de Santarém e Ambulatório Municipal de Especialidades que estiveram sempre disponíveis para sanar alguma dúvida e/ou compartilhar conhecimentos, em especial ao Gabriel Augusto Wanghan da Silva e Wanderson Nascimento dos Santos. Vocês são grandes profissionais!

Não poderia deixar de mencionar o apoio dos servidores do SAMU, Secretaria Municipal de Saúde, bem como dos colegas de trabalho da Câmara de Santarém, em especial a Vereadora Enfermeira Alba Leal, Valdomiro Nascimento de Sousa e Tângara Santos da Silva. Vocês fazem a diferença na área da saúde pública, têm minha admiração!

Agradeço também a colega de mestrado Daniela Lopes Lacerda, a quem tenho grande afinidade e confiança. Tornamo-nos grandes amigas! Aos demais colegas, minha gratidão por estarmos sempre unidos, “virtualmente pelo grupo de WhatsApp”, e apoiando uns aos outros nessa importante jornada acadêmica.

É preciso viver, não apenas existir!

Plutarco

RESUMO

A Saúde Pública Brasileira, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), engloba a atenção primária, de média e de alta complexidade, os serviços de urgência e emergência dentre outros, alicerçados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. A morbimortalidade por causas externas de acidentes e violências representam impactos à saúde pública do trauma ortopédico em âmbito nacional e local. Este estudo objetivou avaliar a produção de serviços na atenção à saúde da Linha de Cuidado ao Trauma na rede de urgência e emergência e seus fluxos regulatórios a partir do Hospital Municipal de Santarém, no período de 2019 a 2021. Por meio de um estudo de abordagem quantitativa, exploratória e apresentação descritiva, esta pesquisa buscou respostas à pergunta norteadora: A produção de serviços na atenção à saúde ortopédica da rede pública de saúde do município de Santarém/PA possibilita a formação de elos na Linha de Cuidado ao Trauma? O percurso metodológico englobou a recolha de dados secundários, originários da internação no Hospital Municipal de Santarém (HMS) por CID de Acidentes de Transporte e de Quedas, com suporte de informações adicionais oriundas do fluxo na RAS, junto ao Ambulatório Municipal de Especialidades e Secretaria Municipal de Saúde (Semsu). O enfoque da avaliação em saúde nesta dissertação está baseado na Tríade Donabedian (Estrutura, Processo, Resultado) cujo método é muito referenciado na política pública de saúde brasileira. A conclusão a que se chegou nesta pesquisa foi de evidências de não conformidade de alguns processos assistenciais e administrativos no Hospital Municipal de Santarém, observados, sobretudo, em inconsistências que impediram a qualificação das informações da oferta de serviços na perspectiva da Linha do Cuidado ao Trauma, assim como a percepção de baixa performance na qualidade das condições de uma hospitalização ao paciente geradora de uma produção do cuidado humanizado, tendo como base o tempo de permanência tanto em leitos de observação quanto clínicos e a regulação/transferência do paciente para outro estabelecimento de saúde. Outras questões desfavoráveis identificadas estão relacionadas à questão estrutural do Ambulatório Municipal de Especialidades e às informações dos agendamentos de consultas de solicitações ambulatoriais pela Secretaria Municipal de Saúde, uma vez que nem todos os agendamentos permitiram a identificação da efetivação do atendimento.

Palavras-Chave: Linha de Cuidado ao Trauma. Rede de Atenção à Saúde. Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Política Pública de Saúde na Amazônia. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Brazilian Public Health, through the Unified Health System (SUS), encompasses primary care, of medium and high complexity, urgency and emergency services, among others, based on the principles of universality, equity and integrality. Morbidity and mortality due to external causes of accidents and violence represent impacts on the public health of orthopedic trauma at the national and local levels. This study aimed to evaluate the production of health care services of the Trauma Care Line in the urgency and emergency network and its regulatory flows from the Municipal Hospital of Santarém, in the period from 2019 to 2021. Through a study of quantitative, exploratory approach and descriptive presentation, this research sought answers to the guiding question: Does the production of services in orthopedic health care of the public health network of the municipality of Santarém/PA enable the formation of links in the Trauma Care Line? The methodological path included the collection of secondary data, originating from the hospitalization in the Municipal Hospital of Santarém (HMS) for ICD of Transport Accidents and Falls, with the support of additional information from the flow in the RAS, next to the Municipal Ambulatory of Specialties and Municipal Health Secretariat (Semsa). The focus of health evaluation in this dissertation is based on the Donabedian Triad (Structure, Process, Result) whose method is widely referenced in Brazilian public health policy. The conclusion reached in this research was evidence of non-compliance of some care and administrative processes in the Municipal Hospital of Santarém, observed, above all, in inconsistencies that prevented the qualification of the information of the provision of services in the perspective of the Trauma Care Line, as well as the perception of low performance in the quality of the conditions of a hospitalization to the patient generating a production of humanized care, based on the length of stay in both observation and clinical beds and the regulation/transfer of the patient to another health facility. Other unfavorable issues identified are related to the structural issue of the Municipal Specialty Outpatient Clinic and to the information on the scheduling of outpatient requests by the Municipal Health Department, since not all appointments allowed the identification of the effectiveness of the service.

Keywords: Trauma Care Line. Health Care Network. Urgent and Emergency Care Network. Public Health Policy in the Amazon. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma do Funcionamento do NIR. PSM/HMS - Santarém/PA. 2018-2019....	34
Figura 2 - Componentes da RUE e suas interfaces.....	38
Quadro 1 - Frota do SAMU 192. Santarém/PA. 2017.....	39
Quadro 2 - Estrutura da Atenção Básica no Município de Santarém/PA. 2018.....	40
Figura 3 - Indicador do Plano de Ação relacionado à Rede de Urgência e Emergência pertencente ao Plano Municipal de Saúde 2018/2021. Santarém/PA.....	41
Figura 4 - Indicador relacionado à Rede de Urgência e Emergência pertencente ao Plano Estadual de Atenção às Urgências do Pará. 2012 a 2015.....	44
Figura 5 - Mapa das indenizações pagas pelo Seguro DPVAT. Brasil. 2021.....	49
Figura 6 - Mapa das indenizações pagas pelo Seguro DPVAT. Brasil. 2020.....	50
Figura 7 - Mapa das indenizações pagas pelo Seguro DPVAT. Brasil. 2019.....	50
Quadro 3 - Associações e derivações de conceitos relacionados à Linha de Cuidado.....	54
Mapa 1 - Mapa cartográfico da localização do Pronto Socorro do Hospital Municipal de Santarém e abrangência junto a 9ª Regional da Sesp. Brasil. 2022.....	58
Figura 8 - Fachada do Hospital Municipal Dr. Alberto Tolentino Sotelo - Acesso pela Av. Presidente Vargas. Santarém/PA. 2022.....	61
Figura 9 - Percurso Metodológico da Pesquisa. Santarém/PA. 2023.....	61
Quadro 4 - Dimensões da Coleta de Dados da Pesquisa. Santarém/PA. 2023.....	65
Quadro 5 - Matriz Avaliativa nas dimensões da Tríade Donabediana. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	67
Quadro 6 - Matriz Avaliativa nas dimensões da Tríade Donabediana. Ambulatório Municipal de Especialidades - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	68
Quadro 7 - Matriz Avaliativa nas dimensões da Tríade Donabediana. Sems. Santarém/PA. 2019 a 2021.....	68
Figura 10 - Mapa Conceitual Metodológico da Pesquisa. Santarém/PA. 2023.....	69
Gráfico 1 - Sexo dos pacientes internados no HMS por Acidentes de Transporte e Quedas - População 3.708 pacientes. Santarém/PA. 2019 a 2021.....	72
Quadro 8 - Municípios de origem dos pacientes internados. População 3.708 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	73

Figura 11 - Fluxograma de Atendimento ao Trauma Ortopédico no PSM/HMS. 2018-2019....	76
Figura 12 - Trecho da reportagem sobre a reforma do Pronto Socorro Municipal. Prefeitura de Santarém. 2021.....	79
Figura 13 - Direitos dos usuários do SUS. Brasil.....	85
Quadro 9 - Perfil de Formação da Equipe Multiprofissional. Internações CID Acidentes de Transporte. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	86
Quadro 10 - Perfil de Formação da Equipe Multiprofissional. Internações CID Quedas. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	88
Quadro 11 - Relação da Utilização de OPME por CID e Tipo de Procedimento. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	90
Quadro 12 - Relação dos SADTs por CID. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	91
Gráfico 2 - Procedimentos realizados no Centro Cirúrgico do HMS. Santarém/PA. 2019 a 2021.....	93
Gráfico 3: Comparativo dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico do HMS. Santarém/PA. 2019 a 2021.....	94
Gráfico 4 - Tempo de Permanência Hospitalar - CID-10 Cap. XX - Causas Externas (V-W). Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	96
Quadro 13 - Consultas Especializadas em Ortopedia/Traumatologia realizadas no Ambulatório de Especialidades no período de setembro de 2020 a dezembro de 2021 - Santarém/PA.....	99
Figura 14 - Fachada do Ambulatório Municipal de Especialidades. Santarém/PA. 2023.....	100
Gráfico 5 - Consultas Especializadas Traumatologia-ortopédica por CID de Quedas e Acidentes de Transporte no Ambulatório Municipal de Especialidades. Amostra 337 pacientes. Santarém/PA. 2019 a 2021.....	101
Figura 15 - Panorama dos Agendamentos Ambulatoriais no SISREG. Amostra 337 pacientes. Santarém/PA. 2019 a 2021.....	103
Quadro 14 - Tipos de Consultas Ambulatoriais. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	104
Quadro 15 - Tipos de SADTs Ambulatoriais. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	105
Quadro 16 - Detalhamento da Situação do Agendamento das Consultas de Solicitações Ambulatoriais - SISREG. Santarém/PA. 2019 a 2021.....	105

Quadro 17 - Relação das Consultas Ambulatoriais por Unidade Executante. Amostra 337 pacientes. SISREG- Santarém/PA. 2019 a 2021.....	106
Quadro 18 - Relação das Consultas Ambulatoriais e SADTs por Unidade Executante. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	106
Quadro 19 - Relação de Pacientes com Atendimento em Reabilitação/Fisioterapia. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	107
Quadro 20 - Relação dos Procedimentos e Unidades Executantes relacionadas à Reabilitação/Fisioterapia, Consulta Ambulatorial e SADT. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	108
Quadro 21- Relação dos Procedimentos e Unidades Executantes relacionadas à SADT. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	110
Quadro 22 - Matriz de Resultado da Tríade de Donabedian. Santarém/PA. 2019 a 2021.....	111

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Movimento de Autorização de Internação Hospitalar no HMS. Santarém/PA. 2018-2021.....	60
Tabela 2 - Internação Hospitalar conforme CID 10 - CAP. XX. HMS - Santarém/PA. 2018 a 2021.....	70
Tabela 3: Detalhamento de Leitos da Urgência e Emergência e Hospitalar do HMS. Santarém/PA. 2023.....	77
Tabela 4: Quantidade de Internação por CID Secundário V e W. Amostra 3.708 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	80
Tabela 5 - Tempo de Internação versus Consulta/Avaliação em Paciente Internado. CID Acidentes de Transporte. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	82
Tabela 6 - Tempo de Internação versus Consulta/Avaliação em Paciente Internado. CID Quedas. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	83
Tabela 7 - Relação de Internação por Procedimentos. Amostra 337 pacientes - HMS. Santarém/PA. 2019 a 2021.....	94
Tabela 8 - Relação dos Motivos da Saída Hospitalar. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021.....	97

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividade da Vida Diária
BE	Boletim de Emergência
CAF	Centro de Abastecimento Farmacêutico
CAF	Comissão de Avaliação e Fiscalização
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CEP/Ufopa	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste do Pará
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB/PA	Comissão Intergestores Bipartite do Pará
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CRU	Central de Regulação das Urgências
CRR	Complexos Reguladores Regionais
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DPVAT	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FN/SUS	Força Nacional do Sistema Único de Saúde
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HMS	Hospital Municipal de Santarém

HRBA	Hospital Regional do Baixo Amazonas
HRT	Hospital Regional do Tapajós
HUT	Hospital de Urgências de Teresina Professor Zenon Rocha
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPG	Instituto Panamericano de Gestão
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MINITAB	Software Estatístico (Minitab Statistical Software)
NEP	Núcleo de Ensino e Pesquisa
NIR	Núcleo Interno de Regulação
OPME	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Estratégia da Saúde da Família
PEHU	Porta de Entrada Hospitalar de Urgência
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSM	Pronto Socorro Municipal
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RDC/Anvisa	Resolução Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SADT	Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico
SIH	Sistema de Informação Hospitalar

SER	Sistema Estadual de Regulação
Sespa	Secretaria de Estado de Saúde
SISAIH01	Sistema Gerador do Movimento das Unidades Hospitalares
SISREG	Sistema de Regulação
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Semsa	Secretaria Municipal de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
TABWIN	Tabulador para Windows
TCUD	Termo de Compromisso de Utilização de Dados
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Ufopa	Universidade Federal do Oeste do Pará
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ABREVIATURAS

Art.	Artigo
atu	Atualizada
CAP.	Capítulo
ed	Edição
rev	Revisada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	27
2.1 O Sistema Único de Saúde como uma Política Pública de Direitos: Breve Histórico e Contextualização.....	27
2.2 A Rede de Atenção à Saúde (RAS).....	30
3 REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE).....	38
3.1 Componentes e Fluxos da RUE: Da Política Nacional à Municipal.....	38
3.2 Os Efeitos da Morbimortalidade por Acidentes nos Cenários Nacional e Municipal.....	45
3.3 Linha de Cuidado ao Trauma: Da Atenção Hospitalar na RUE ao Fluxo na RAS.....	51
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	57
4.1 Área de Estudo da Pesquisa.....	57
4.2 Os Caminhos da Pesquisa.....	60
4.3 Recolha, Construção e Análise de Dados.....	62
5 ACESSO À LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA SOB A TRÍADE DE DONABEDIAN: UM ESTUDO NA CIDADE DE SANTARÉM/PA.....	70
5.1 Indicadores Relacionados ao Perfil Social da Pesquisa.....	71
5.2 Indicadores de Resultados do Hospital Municipal de Santarém.....	75
5.2.1 Indicador de Disponibilidade de Leitos Traumato-ortopédicos.....	77
5.2.2 Indicador de Nº de Internações por CID de Acidentes de Transporte e Quedas.....	79
5.2.3 Indicador de Efetividade de Consulta/Avaliação em Paciente Internado pelo Período de Internação por CID de Acidentes de Transporte e Quedas.....	81
5.2.4 Indicador do Perfil de Formação da Equipe Multiprofissional.....	85
5.2.5 Indicador de Oferta/Disponibilidade de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e Órtese, Prótese e Material Especial (OPME).....	89
5.2.6 Indicador do Percentual de Procedimentos Cirúrgicos por CID de Acidentes de Transporte e Quedas.....	92
5.2.7 Indicador da Média de Permanência/Internação Hospitalar.....	95

5.2.8 Indicador de Taxa de Saídas Hospitalares por CID de Acidentes de Transporte e Quedas.....	97
5.3 Indicadores de Resultados do Ambulatório Municipal de Especialidades	98
5.3.1 Indicador de Disponibilidade de Consulta Especializada Traumatolo- ortopédica.....	98
5.3.2 Indicador de Nº de Consultas Especializadas Traumatolo- ortopédica por CID de Acidentes de Transporte e Quedas.....	100
5.4 Indicadores de Resultado da Secretaria Municipal de Saúde.....	102
5.4.1 Indicador do Perfil da Consulta Ambulatorial.....	104
5.4.2 Indicador do Perfil do Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) Ambulatorial.....	104
5.4.3 Indicador da Oferta/Disponibilidade de Consultas Ambulatoriais e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).....	105
5.4.4 Indicador de Pacientes com Agendamento de Reabilitação/Fisioterapia.....	107
5.4.5 Indicador de Pacientes com Agendamento em Fisioterapia/Reabilitação, Consulta Ambulatorial e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).....	108
5.4.6 Indicador de Paciente com Agendamento em Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT).....	110
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
REFERÊNCIAS.....	119
APÊNDICES.....	130

1 INTRODUÇÃO

A ampliação dos direitos universais da população brasileira, materializada no texto da Constituição Federal de 1988, é produto de lutas históricas realizadas pelos movimentos sociais institucionalizados na Reforma Sanitária que, fortalecidos pelas diversas conferências nacionais, em especial a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986, configura-se, em associação ao movimento social expressivo, “como uma ‘Constituinte da Saúde’, demarcando um novo período na história da saúde no país” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 47).

Partimos da premissa que a criação do SUS (Lei Nº. 8.080/1990) proporcionou à população brasileira o acesso universal a um sistema público de saúde sem quaisquer discriminações. Sistema esse que objetiva garantir a atenção integral à saúde com ações e programas que visam à prevenção, proteção e recuperação da saúde. De acordo com UNASUS (2021), “[...] o SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde”.

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, acerca dos Direitos Sociais, *in verbis*: “Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988).

À luz do Direito Constitucional, O SUS tem como pressupostos a integralidade, a equidade e a universalidade aproximam-se dos usuários nos territórios de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, tanto na atenção primária quanto na média e alta complexidade. Nesse fluxo assistencial, nos debruçamos na Rede de Urgências e Emergências (RUE) e no percurso do paciente no sistema de regulação hospitalar e da regulação do acesso nas Redes de Atenção em Saúde (RAS).

Quanto à regulação, segundo Ministério da Saúde (2021), há três dimensões da Regulação em Saúde, onde cada uma delas acarreta perspectivas e ações diferenciadas, quais sejam: 1) Regulação de Sistemas de Saúde; 2) Regulação da Atenção à Saúde; 3) Regulação do Acesso à Saúde ou Regulação Assistencial. Nos atentamos para a última, uma vez que a importância deste estudo de cunho acadêmico-científico encontra-se na Linha de Cuidado ao Trauma, por meio da regulação do acesso e fluxo em rede da atenção a pacientes vítimas de

acidentes de transporte e quedas, a fim de analisar a continuidade do cuidado por meio da intersecção de dados de bases complementares à internação hospitalar, permitindo assim, a qualificação do cuidado do usuário no SUS.

Nessa direção, como componentes da RUE tem-se a Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; a Atenção Básica; o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências; Sala de Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento-UPA 24H e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 Horas, e o Componente da Atenção Hospitalar. Os referidos componentes estão diretamente associados aos atendimentos de acidentes e violências, sendo classificados como Causas Externas pela Classificação Internacional de Doenças (CID).

O presente estudo referencia-se ao município de Santarém, situado na região Oeste do estado do Pará, cuja população atualizada pelo censo de 2022 é de 331.937 pessoas (IBGE, 2023). Conforme Câmara Municipal de Santarém (2021), o município de Santarém é considerado um centro de referência (cidade polo) nos cenários econômico, social e da região de saúde, sendo este último, porta de entrada regulada ou de livre demanda à pacientes de baixa e média complexidade, compreendendo uma população aproximada de 1.000.000 (um milhão) de habitantes.

Conceitua-se Região de Saúde como “o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas, sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (SEMSA, 2022, p. 4).

A força motriz para o desenvolvimento desta dissertação foi oriunda de duas vertentes: a gratidão pela oportunidade de ter exercido atividades de gestão em saúde no HMS nos anos de 2018 e 2019 e ter podido conhecer pessoas, o SUS na prática cotidiana de uma região de saúde diversificada das demais regiões do nosso país e, diante de muitas limitações, ter contribuído com a gestão do cuidado, mesmo que na seara administrativa.

A outra razão baseou-se na preocupação com a política pública de saúde voltada ao trauma ortopédico em Santarém/PA, na Amazônia brasileira, realidade essa que devido a minha baixa governança à época, motivou-me a buscar, por meio do conhecimento acadêmico e científico na área da saúde pública, subsídios para reunir informações e entender melhor essa problemática de relevante impacto na qualidade de vida dos cidadãos. Nesse sentido, por estar integrando o corpo diretivo administrativo do HMS, inclusive como uma líder integradora multiprofissional, estive muito próxima da equipe assistencial de enfermagem e pude perceber

as dificuldades que a mesma encontrava na atenção ao trauma ortopédico, assim como o próprio contato com os familiares dos pacientes que procuravam por soluções frequentemente.

Este estudo engloba a atenção à saúde da Política Pública Traumato-ortopédica e os respectivos elos da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Urgências e Emergências e regulação do acesso na Rede de Atenção à Saúde, tendo como locus inicial o Hospital Municipal de Santarém Dr. Alberto Tolentino Sotelo (HMS). O percurso metodológico está centrado nas internações hospitalares por Causas Externas-Capítulo XX¹ da CID-10² geradas pelo SISAIH01 e nos dados adicionais oriundos do Sistema de Regulação (SISREG) e do Ambulatório Municipal de Especialidades.

Consoante a esse contexto, “As causas externas têm sido um crescente e importante problema na saúde pública e implicam diretamente a assistência prestada pelos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) [...]”, representando a terceira causa de mortes da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 21).

O HMS é uma unidade hospitalar pública municipal de baixa e média complexidade que abrange atendimentos não apenas do município de Santarém, mas também de usuários do SUS advindos de outros dezenove municípios pertencentes à 9ª Regional de Saúde-SESPA, constituída pelos seguintes municípios: Alenquer, Almerim, Aveiro, Belterra, Curuá, Faro, Itaituba, Juruti, Jacareacanga, Mojuí dos Campos, Monte Alegre, Novo Progresso, Óbidos, Oriximiná, Prainha, Placas, Rurópolis, Terra Santa e Trairão (SESPA, 2021). Corroborando o exposto, conforme Semsa (2022, p. 4), “A Região Oeste do Pará é coordenada pelo 9º Centro Regional de Saúde, composta por duas regiões de saúde [...]” a saber: Região do Baixo Amazonas (população de 693.333 habitantes) e Região do Tapajós (população de 253.482 habitantes).

Os relevantes impactos social, econômico e de saúde pública vivenciados no cenário nacional brasileiro relacionados aos traumas (acidentes e violências) não são diferentes no município de Santarém. Segundo G1 Santarém (2021), o setor de trauma é

¹O Capítulo XX - Causas Externas de Morbimortalidade (V01-Y08) compreende os seguintes agrupamentos: V01-X59 Acidentes; X60-X84 Lesões autoprovocadas intencionalmente; X85-Y09 Agressões; Y10-Y34 Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada; Y35-Y36 Intervenções legais e operações de guerra; Y40-Y84 Complicações de assistência médica e cirúrgica; Y85-Y89 Sequelas de causas externas de morbidade e de mortalidade; Y90-Y98 Fatores suplementares relacionados com as causas de morbidade e de mortalidade classificados em outra parte. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_y98.htm. Acesso em: 20 ago. 2022.

²“A 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças passou a ter a seguinte denominação: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Na prática, é conhecida como CID-10”. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 20 ago. 2022.

“responsável por cerca de 35% dos atendimentos do Pronto Socorro Municipal (PSM)”, sendo este considerado a porta de entrada do HMS para essas condições de saúde.

Leva-se em consideração, ainda, a série histórica dos indicadores de acidentes e violências mapeados previamente junto ao SAMU 192 e TABWIN/SIH no município de Santarém - período de 2018 a 2021. Para além dos dados numéricos, faz-se necessário o entendimento dos fluxos da rede na Linha de Cuidado ao Trauma, uma vez que a linha de cuidado de Traumatologia, conforme Ministério da Saúde (2013), é tida como uma das prioridades de reorganização da Rede de Urgência e Emergência (RUE).

As ocorrências registradas pelo Serviço de Atendimento de Urgência e Emergência pré-hospitalar-SAMU 192 no município de Santarém, no período supracitado, indicam os seguintes quantitativos de atendimento relacionados às categorias das Causas Externas (Quedas, Acidentes de Transporte Terrestre, Violências, Trauma, Demais Causas Externas): 2018 (2.166 atendimentos), 2019 (2.456 atendimentos), 2020 (2.210 atendimentos) e 2021 (2.707 atendimentos). No mesmo período, para internações hospitalares no Hospital Municipal de Santarém (HMS), segundo dados do TABWIN/SIH os quantitativos foram os seguintes: 2018 (2.273 atendimentos), 2019 (2.419 atendimentos), 2020 (2.527 atendimentos) e 2021 (2.257 atendimentos).

Cabe destacar que houve maior ocorrência com relação aos acidentes de transporte terrestre. Para tanto, foram considerados os seguintes acidentes: Acidente bicicleta; Acidente de trânsito carro; Acidente de trânsito moto; Acidente de trânsito entre carro e moto; Acidente de trânsito entre moto e moto; Acidente de trânsito entre carro e carro; Atropelamento; Capotamento. Quanto às outras classificações, são ocorrências os Traumas, as Quedas, Demais Causas Externas (Acidente de Trabalho, Ferimento por Arma de Fogo, Ferimento por Arma Branca) e Violências (Agressão; Lesão autoprovocada/Tentativa de suicídio traumático).

De outro lado, sob ótica empírica, a experiência profissional da autora dessa pesquisa como gestora administrativa do Hospital Municipal de Santarém nos anos de 2018 e 2019 possibilitou vivenciar a alta demanda de atendimento e internação relacionado ao trauma ortopédico, a morosidade do processo de regulação do paciente para uma unidade de alta complexidade e as limitações estruturais, ou seja, as dificuldades que o setor de traumatologia do referido nosocômio apresentavam, problemáticas estas empíricas, que culminaram na hipótese de existência de gargalos na atenção hospitalar e regulação do acesso dos pacientes da área Traumato-ortopédica em conformidade com a Linha de Cuidado ao Trauma do SUS.

Portanto, por meio de um estudo de abordagem quantitativa, com apresentação descritiva, características exploratórias e utilização de dados secundários, esta pesquisa buscou respostas à pergunta norteadora: A produção de serviços na atenção à saúde ortopédica da rede pública de saúde do município de Santarém/PA possibilita a formação de elos na Linha de Cuidado ao Trauma? Nessa direção, a pesquisa assentou-se na hipótese de que existem gargalos na produção de serviços da Linha de Cuidado ao Trauma Ortopédico.

Os referenciais bibliográficos deste estudo estão sustentados nas seguintes normativas, visando embasar os registros e atendimentos mencionados e articular a coleta de dados para discutir a rede da Linha de Cuidado ao Trauma como parte da política nacional de saúde pública: Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria Nº 3.390/2013); Política Nacional da Rede de Urgência e Emergência (Portarias Nº 1.863/2003; Portaria Nº 1.600/2011); Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria Nº 4.279/2010); Portaria Nacional de Regulação (Portaria Nº 1.559/2008); Aprova e Institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria Nº 1.365/2003); Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria Nº 737/2001), bem como artigos científicos no campo da saúde pública, relatórios de cunho estatístico e de gestão.

Quanto ao referencial teórico, o enfoque da avaliação em saúde está baseado na Tríade Donabediana (Estrutura, Processo, Resultado) cujo método é muito referenciado na política pública de saúde brasileira (BOUSQUAT et al., 2017); (LOUVISON, 2017); (PORTELA, 2000).

De acordo com Tanaka (2017), a avaliação em saúde deve ter como foco o quesito processo, sendo este um componente condicional para que as realizações das atividades previstas nos estabelecimentos de saúde aconteçam de forma interativa. Assim, “É crucial que o processo seja capaz de apreender a prática da interação profissional-usuário e profissional-serviço e de promover um julgamento de valor com vistas a aprimorar o que está sendo feito” (TANAKA, 2017, p. 2).

Corroborando o exposto e ampliando a tônica da avaliação da qualidade dos serviços de saúde, Louvison (2017, p. 131) aponta a Tríade de Donabedian, destacando que “Para avaliar a qualidade da assistência é necessário traduzir os conceitos e definições gerais, da melhor maneira, em critérios operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos atributos da estrutura, processo e resultado”.

Consoante aos diversificados enfoques de aplicabilidades da avaliação da qualidade em sistemas de saúde baseados nesta concepção Donabedian, Starfield (2002) apud Bousquat et al. (2017)

Destaca que cada um tem uma estrutura (capacidade) que são as características que possibilitam a oferta/prestação de serviços; processos (desempenho) que são as ações que constituem a oferta e recebimento dos serviços (ações dos profissionais e usuários) e resultados, observados em vários aspectos de estado de saúde da população (STARFIELD, 2002 apud BOUSQUAT et al., 2017, p. 105).

Dessa forma, os referenciais supramencionados atrelados à coleta de dados conformaram um diagnóstico situacional da produção de serviços e dos fluxos assistenciais da Linha de Cuidado ao Trauma proporcionados aos pacientes avaliados na pesquisa, desenvolvido em uma matriz de qualidade avaliativa da referida política pública de saúde, por meio de indicadores quanti-quali. nos moldes de Donabedian.

O presente trabalho tem como **objetivo geral** avaliar a produção de serviços na atenção à saúde da Linha de Cuidado ao Trauma na rede de urgência e emergência e seus fluxos regulatórios a partir do Hospital Municipal de Santarém, no período de 2019 a 2021, por meio dos seguintes **objetivos específicos**: a) Mapear as internações por causas externas conforme CID10-Capítulo XX de Acidentes de Transporte (V) e Quedas (W); b) Conhecer o fluxo assistencial dos pacientes com ênfase nas CIDs “V”- Acidentes de Transporte e “W” - Quedas; c) Analisar a efetividade da oferta de serviço na Linha de Cuidado ao Trauma com base em uma matriz de resultados sob à Tríade Donabediana.

O corpo do texto, aqui apresentado, encontra-se estruturado em seis seções, dispostas da seguinte forma: na primeira seção é apresentado um panorama sucinto da saúde pública como um direito social de todos os cidadãos brasileiros, conquistado por meio dos relevantes movimentos sociais da Reforma Sanitária, e consolidado na Constituição de 1988. Pontuou-se ainda a forma organizativa do SUS nos territórios, suas políticas públicas, Redes de Atenção; em especial a de maior vínculo a esta pesquisa que é a Rede Temática de Urgência e Emergência (RUE) e seus respectivos componentes.

Na segunda seção, é abordada a temática “A Saúde Pública Brasileira” com o objetivo de contextualizar a história da saúde pública brasileira e o novo marco a partir da Lei Orgânica da Saúde - Lei Nº 8.080/1990, fazendo ainda, menção aos princípios doutrinários e organizativos do SUS. Perpassa pela função alocativa do Estado e o financiamento tripartite, bem como elucida a organização da RAS e seus respectivos pontos de atenção e políticas nacionais, que estão inseridas e baseadas num território com características populacionais e demandas diferenciadas.

A terceira seção faz uma conexão do cenário macro da RUE com o cenário local, apresentando os componentes da RUE conforme sua respectiva legislação. No momento do referido contexto, concentramos as informações para o município de Santarém, apresenta-se a estrutura/unidades de saúde da atenção básica nas três regiões de saúde, bem como, a do SAMU 192. Menciona-se também a interface da regulação do acesso assistencial e a articulação com os demais pontos de atenção, estando correlacionadas com obras que apresentam diferentes formas textuais de associação da palavra integralidade do atendimento e a linha do cuidado com o paciente. Para além disso, aborda-se alguns instrumentos normativos de implementação das ações da RUE no município de Santarém, baseados nos Planos Estadual e Municipal de Saúde, assim como o Plano Regional de Atenção às Urgências.

A quarta seção apresenta o Percurso Metodológico traçado para o desenvolvimento da pesquisa cujo desenvolvimento se deu em três subseções. O enfoque inicial faz menção ao Hospital Municipal de Santarém, como sendo a unidade hospitalar originária da recolha de dados, destacando-se a sua abrangência assistencial no âmbito regional (total 20 municípios) e sua história/existência, que remonta ao ano de 1942. Versa ainda sobre as mudanças de gestão ocorridas a partir do ano de 2018 com base na contratualização com Organizações Sociais de Saúde (OSS). Descreve a forma como os dados foram coletados nos Sistemas de Informação do SUS acerca das internações hospitalares do Capítulo XX da CID-10 “Acidentes de Transporte e Quedas”, e os procedimentos amostrais utilizados na pesquisa, prosseguindo-se, a partir daí, em outros dois caminhos da pesquisa (Ambulatório Municipal de Especialidades e Semsu). São explanados a forma de consolidação das informações, por meio de planilha Excel e Software Estatístico, bem como o desenvolvimento de uma Matriz Avaliativa sob a perspectiva da Tríade de Donabedian (Estrutura, Processo, Resultado), pontuando as perguntas avaliativas e os indicadores.

Na quinta seção, são apresentados os resultados alcançados por meio da coleta de dados traduzindo-os em informações qualificadas baseadas nas normativas do SUS, campo teórico da Tríade de Donabedian, dentre outros referenciais científicos, legais e/ou institucionais que corroboram a temática desta dissertação.

Por fim, na sexta e última seção, são apresentadas as Considerações Finais, discorrendo sobre a avaliação do conjunto de indicadores oportunizados pela pesquisa e a relação com a produção de serviços na atenção à saúde Traumato-ortopédica do município de Santarém/PA.

Esta pesquisa contribuiu com a sistematização das informações da Linha de Cuidado ao Trauma a partir do componente hospitalar da rede de urgências e emergências, demonstrando fluxos assistenciais e regulação do acesso na rede de atenção à saúde, possibilitando avaliar a atenção à saúde por meio da produção de serviços descritos nos sistemas de informação utilizados.

2 A SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

A presente seção apresenta uma visão holística da Saúde Pública Brasileira, traçando um percurso histórico das lutas e construção da referida política pública de direito aos cidadãos brasileiros, consolidada no Sistema Único de Saúde (SUS) e a efetivação, por meio de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), oportunizando o conhecimento de operacionalização da referida política pública e a conformação com a produção do cuidado aos usuários do SUS.

2.1 O Sistema Único de Saúde como uma Política Pública de Direitos: Breve Histórico e Contextualização

O Sistema Único de Saúde (SUS) está assegurado como um direito de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988, materializando-se na Lei Nº. 8.080/1990 e no Decreto Nº. 7.508/2011. Contudo, insta trazer à cena a importância de contextos que remontam às lutas e conquistas da população brasileira. Conforme a Fundação Getúlio Vargas (FGV, 2022), essas lutas suportaram momentos de crise social, econômica e mercadológica, onde apenas os trabalhadores formais desfrutavam da garantia do direito à saúde, por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).³ A previdência social assegurava direitos para uma pequena parte da população, enquanto grande parte era dependente da prestação de serviços da caridade, retratando assim, as iniquidades sociais (FGV).

A tônica dessa dissertação assenta no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esta a maior política pública de saúde, com prerrogativas na nossa Constituição Federal de 1988 (CF 88). O seu histórico nos reporta para uma realidade diferente da atual, conforme relatos abaixo:

O sistema público de saúde no Brasil antes de 1988 atendia a quem contribuía para a Previdência Social. A saúde era centralizada e de responsabilidade federal, sem a participação dos usuários. A população que poderia usar recebia apenas o serviço de assistência médico-hospitalar. Antes da implementação do SUS, saúde era vista como ausência de doenças. Na época, cerca de 30 milhões de pessoas tinham acesso aos serviços hospitalares. As pessoas que não tinham dinheiro dependiam da caridade e da filantropia (UNASUS, 2021).

³O INAMPS “foi criado em 1977, pela Lei nº 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. [...] A assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios”. Fora extinto por meio a Lei nº 8.689/1993. Disponível em: <https://www18.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 02 ago. 2022.

Todavia, cumpre salientar que houve um grande e importante movimento social denominado Reforma Sanitária, “expressão usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população” (FIOCRUZ, 2022). Nesse contexto estavam envolvidos profissionais médicos e de outras áreas da saúde pública que, por meio de seus trabalhos promoveram teses e discussões políticas com avanços na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986, dentre eles o sanitarista Sérgio Arouca, cujas “propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (FIOCRUZ, 2022).

Assim, há mais de trinta e dois anos um novo marco na história da saúde dos brasileiros se consolidava. Em 19/09/1990, por meio da promulgação da Lei Nº. 8.080 - mais conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, iniciava-se a garantia do acesso à saúde universal a todos, de forma não contributiva, sem discriminação de cor, raça ou condições sociais. Com financiamento oriundo de impostos arrecadados de cidadãos brasileiros, a citada normativa atribuiu ao governo federal a implementação das políticas nacionais, e a governabilidade nas instâncias estaduais e municipais pelos gestores públicos de saúde (BRASIL, 1990).

O Decreto Nº. 7.508/2011 regulamenta a Lei Nº. 8.080/1990 e “define que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2011). Então, por meio dos princípios da Universalização, Equidade e Integralidade o SUS se desenvolve, bem como nos princípios organizativos de regionalização e hierarquização, sendo o Ministério da Saúde o gestor nacional.

Assim,

A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção primária, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Sob a ótica da relação saúde e direito, Merhy (2012) traz contribuições que chamam a atenção para que se enfrente as disputas sociais e que coexista uma luta pela produção do cuidado, mitigadora de qualquer desigualdade social para fins de valorização da vida, afinal, “a vida de qualquer um vale a pena” (MERHY, 2012, p. 269). E por essas vidas perpassam uma rede de serviços, de atendimentos profissionais, de relação de poderes e valorações diversas no

agir, nas conexões e produção de relações de cuidado no SUS para além da saúde apenas como direito constitucional, na perspectiva de que os sujeitos são produtores e cumpridores de direito.

No que tange ao início do atendimento à saúde da população, segundo o Ministério da Saúde, tem-se a Atenção Primária como a porta de entrada do SUS, ou seja, “é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Conforme UNASUS (2021), atualmente o SUS é “[...] descentralizado, municipalizado e participativo, compartilhado entre União, Estados, DF e Municípios. Hoje, saúde é vista como qualidade de vida”. O referido sistema encontra-se presente em praticamente todos os momentos da vida dos cidadãos, na área médica, hospitalar, sanitária, cobertura vacinal, dentre outras ações de saneamento, meio ambiente e segurança do trabalho.

Portanto, podemos perceber que a pertinência do direito à saúde explicitada na CF 88 só foi efetiva após o movimento social da Reforma Sanitária, ou seja, isso demonstra a força da população brasileira pelos seus direitos sociais, colocando o governo em movimento. Por outro lado, as demandas da população e suas manifestações deram continuidade em outras Conferências Nacionais de Saúde, não sendo estas discorridas aqui.

Corroborando o exposto,

O reconhecimento da saúde como bem-estar, satisfação, bem coletivo e direito, configura um paradigma civilizatório da humanidade, construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória, levando-se em conta, evidentemente, as diferentes culturas e formas de cuidado do ser humano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 18).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), por ser um sistema de políticas públicas diversificadas, o SUS é composto pelo Ministério da Saúde, pelo Estado e pelos Municípios, tendo como princípios a Universalização (garantia de acesso a todos os cidadãos); a Equidade (diminuição das desigualdades) e a Integralidade (articulação com outras políticas públicas para garantia integral da saúde da população). Destaca-se ainda, como princípios organizativos, a Regionalização (articulação dentre os serviços existentes); a Hierarquização (acesso aos serviços por meio de níveis de atenção); a Descentralização e Comando Único (divisão de responsabilidades nas três esferas governamentais) e a Participação Popular (sociedade participativa por meio de Conselhos e Conferências).

Com base na função alocativa do Estado, elencamos um compilado de instrumentos jurídicos que enfatizam a referida função do governo e que aporta prerrogativas no âmbito federal com aplicabilidade nas instâncias estaduais e municipais, quais sejam:

1) Lei nº 8.080/1990 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”; **2) Lei nº 8.142/1990** “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”; **3) Ementa Constitucional nº 29/2000** “Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde”; **4) Lei Complementar nº 141/2012** “Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências”; **5) Emenda Constitucional nº 95/2016** “Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências” (BRASIL, 1990; 2000; 2012; 2016, grifo nosso).

Em suma, consoante às normas supramencionadas, evidencia-se que o financiamento da saúde pública é tripartite. O governo federal destoa da fixação de percentuais das outras esferas, sendo muito discutido e alterado pelas Emendas Constitucionais (EC), resultando a incumbência de crescentes percentuais com base na receita corrente líquida, atingindo o percentual de 15% no ano de 2017 com base na EC 95 onde “[...] a partir de 2018, o investimento federal mínimo seria o piso de 2017 atualizado monetariamente pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) ano a ano até 2036”. Já na esfera estadual há o percentual de 12% e no governo municipal 15% (com base na arrecadação/receitas próprias), segundo LINS, et al. (2020, p. 198).

2.2 A Rede de Atenção à Saúde (RAS)

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº. 4.279/2010 “Estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, sendo elas arranjos organizativos” (BRASIL, 2010). Partimos então do conhecimento que “As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Conforme UNASUS (2016, p. 11), a organização da RAS ocorre por meio de pontos de atenção à saúde, sendo estes “locais onde são ofertados serviços de saúde que determinam a estruturação dos pontos de atenção secundária e terciária. Nas RAS o centro de comunicação é a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo esta ordenadora do cuidado”. Com vistas à atenção secundária, a assistência hospitalar no SUS se organiza para atender as demandas da população por meio de uma equipe multiprofissional atuante no cuidado e na regulação do acesso, na qualidade da assistência prestada e na segurança do paciente.

Nessa direção, a Portaria Nº. 3.390/2013 “Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS)” (BRASIL, 2013). A mesma traz em seu bojo - Art. 5º, Inciso XIII, o conceito de Linha de Cuidado, como sendo uma

[...] estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013).

Dentre outros elementos e/ou setores inerentes à PNHOSP elencados no artigo supracitado podemos mencionar o Núcleo Interno de Regulação (NIR), o Prontuário Único, Protocolo Clínico, a Visita Aberta, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e as Portas Hospitalares de Urgência e Emergência, sendo este último considerado como “serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, etc.” (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, é importante mencionar que o Hospital Municipal de Santarém (HMS) possui registro junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como “Hospital Geral” sob incentivo ativo de “Porta de Entrada Hospitalar de Urgência (PEHU) - Hospital Geral”, conforme Portaria GM Nº 2.041 de 17/07/2018. Sua natureza jurídica está baseada na Administração Pública tendo como mantenedora a Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (CNES, 2023). Nesse sentido, o Pronto Socorro do HMS serve de entrada para as demandas espontâneas e reguladas em âmbito local e/ou de outros municípios (regionalização), sendo considerada a principal porta de entrada rede da urgência e emergência no município de Santarém oportunizando acolhimento e protocolos de classificação de risco, bem como articulação com o SAMU e regulação do paciente junto ao NIR.

Corroborando o exposto,

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), instituída por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, em seu art. 6º, inciso IV, define e recomenda a criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) nos hospitais [...]. O NIR é uma unidade técnico-administrativa que realiza o monitoramento do paciente, a partir de seu ingresso no hospital, sua movimentação interna e externa até a alta hospitalar. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, grifo nosso).

Com efeito, faz-se necessário mencionar os três pilares fundamentais do NIR conforme o Manual de Implantação e Implementação NIR - Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados aos quais centram-se na otimização da capacidade instalada hospitalar, quais sejam: Práticas de Regulação; Articulação com a RAS e Monitoramento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Ainda sobre a tônica do Núcleo Interno de Regulação (NIR) do Hospital Municipal de Santarém, tem-se que a sua implementação ocorreu por meio da gestão da Organização Social de Saúde (OSS) Instituto Panamericano de Gestão (IPG), no ano de 2018, ainda no primeiro semestre do referido ano. Por meio do contato com os relatórios como gestora à época, foi possível conhecer as atividades desempenhadas por este importante setor, os fluxos assistenciais e regulatórios consoantes à PNHOSP, brevemente detalhado na Figura 1, no que tange à tomada de decisão clínica para internação do paciente.

São conceitos importantes para elucidar a relação da PNHOSP com a Política Nacional de Regulação e o Núcleo Interno de Regulação (NIR):

1) Art. 5º, inciso XIV da Portaria que Institui a PNHOSP no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Núcleo Interno de Regulação (NIR): constitui a interface com as Centrais de Regulação para delinear o perfil de complexidade da assistência que sua instituição representa no âmbito do SUS e disponibilizar consultas ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, além dos leitos de internação, segundo critérios pré-estabelecidos para o atendimento, além de buscar vagas de internação e apoio diagnóstico e terapêutico fora do hospital para os pacientes internados, quando necessário (BRASIL, 2013).

2) Art. 9º, da Portaria que Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS):

O Complexo Regulador é a estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, podendo ter abrangência e estrutura pactuadas entre gestores, conforme os seguintes modelos: I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado; II - Complexo Regulador Regional: a) gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da

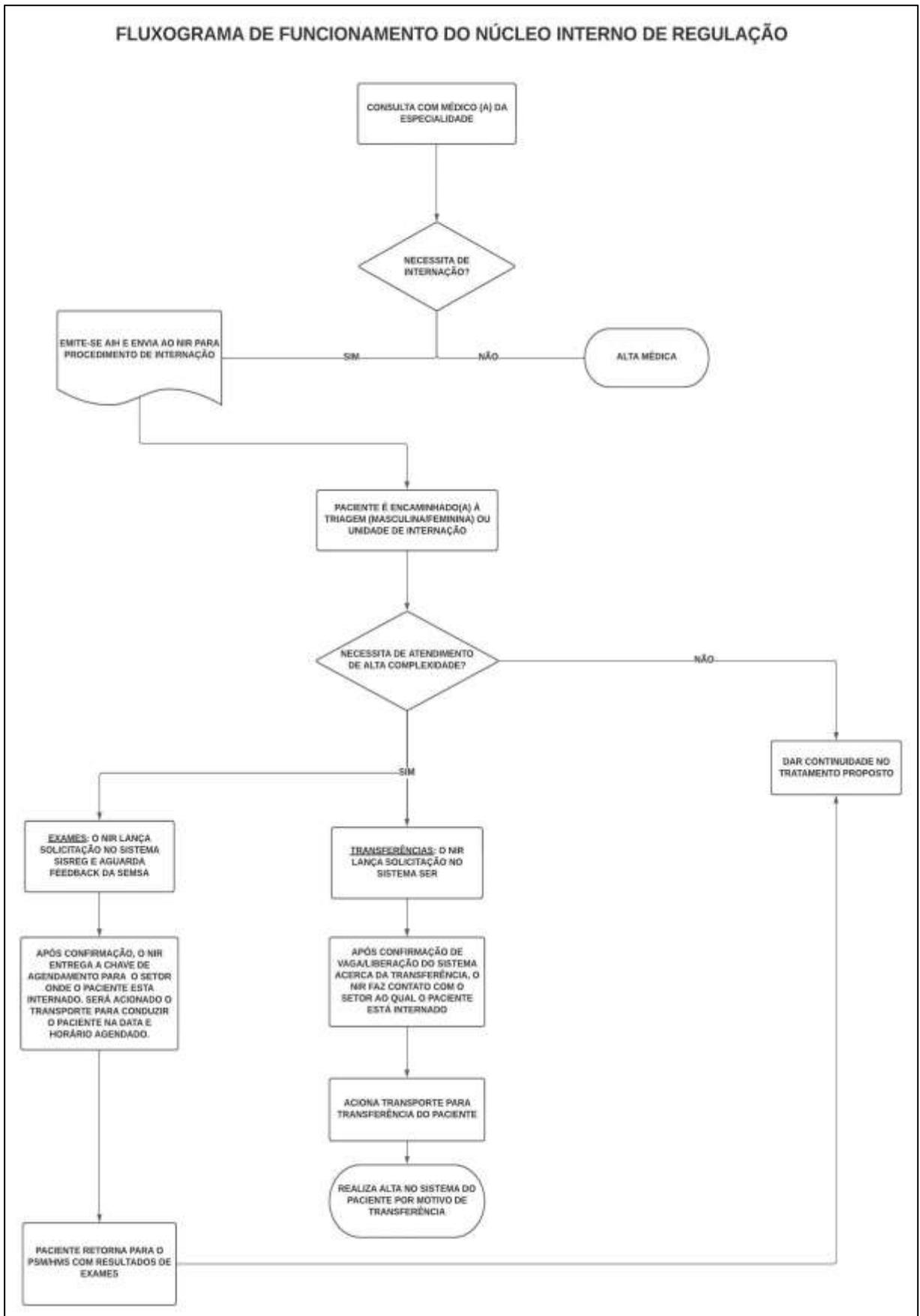
região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação (BRASIL, 2008).

Busca-se também pautar a amplitude de normativas à rede de atenção à saúde pública referenciando-se à Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 que Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esta norma jurídica destaca o Decreto Nº 7.508/2011, haja vista que este regulamenta a Lei Nº 8.080/1990 e “define que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2011). Ademais, elenca no seu anexo I - Das Funções da Rede de Atenção à Saúde, quatro funções atribuídas à atenção básica para que a mesma possa contribuir com o funcionamento das RAS, a seguir:

I - **Ser base**: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária; II - **Ser resolutiva**: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais; III - **Coordenar o cuidado**: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral [...]; IV - **Ordenar as redes**: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011, grifo nosso).

Diante do exposto, por meio da Figura 1, é perceptível a articulação da Política Nacional da Atenção Hospitalar (PNHOSP) com a Política Nacional de Regulação, estando estas políticas públicas de saúde inseridas no contexto da Regulação do Acesso do paciente ao Hospital Municipal de Santarém (admissão e alta hospitalar). Conformação estas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, como veremos mais adiante, da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

Figura 1- Fluxograma do Funcionamento do NIR. PSM/HMS - Santarém/PA. 2018-2019



Fonte: Elaborado pela autora (2021)

Mendes (2011, p. 71) salienta alguns fundamentos importantes para a efetividade e qualidade das RAS's, quais sejam: “economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção”.

Dentre os fundamentos supracitados, pautemo-nos na relevância dos territórios sanitários, não que este se sobressaia aos demais, mas pelo fato de que é nele que a vida se encontra e a política pública se efetiva para atender as necessidades da população, desta forma inserindo-se em um território sanitário. Nesse sentido, “A população de responsabilidade das RASs vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários” (MENDES, 2011, p. 85).

Quando nos referimos à palavra território, faz-se necessário, primeiramente, buscar compreendê-lo uma vez que é uma categoria que deriva vários conceitos, abriga sujeitos e políticas públicas. Nesse sentido, inserem-se vidas, lutas, conquistas, bem como a influência da tomada de decisões dos atores políticos. As proposições governamentais e não-governamentais dentro de um território ensejam o desenvolvimento da sociedade e a preservação da vida humana e da natureza.

Nessa perspectiva,

O termo território perpassa pelos mais diversos ramos das ciências sociais, em cada um contendo particularidades próprias que definem sua abrangência. O conceito de território assume formas e conteúdos diversos, sempre revestido do interesse em explicar uma realidade de relações complexas entre os distintos atores sociais e destes com o seu meio (SILVA, 2013, p. 10).

Entretanto, “A situação geográfica como categoria de análise do território usado considera as heranças dos processos históricos e ajuda a compreender algumas direções que orientam as dinâmicas futuras dos lugares. Assim, pode servir de apoio à formulação de políticas públicas”, salienta (VIANA, et al. 2007, p. S118).

Não obstante, do entendimento conceitual da temática do território das políticas públicas emerge a necessidade de um olhar mais crítico para o planejamento de forma a sair da perspectiva centralizadora do Estado e torná-la mais consensual em termo conceitual. Conforme Silva (2013, p. 8) “Ela carece de melhor fundamentação teórica e operacional, de maneira que não perca seu significado e se torne mera adjetivação retórica nas peças normativas oficiais”.

O estudo de Silva (2013), por meio do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), apresenta a perspectiva de território como o habitat da natureza, da geografia por meio

da contribuição do autor alemão Friederich Ratzel, o qual “[...] identificava o território como um substrato para a efetivação da vida humana, que tanto existiria sem a presença do homem (apolítico) como com a presença deste e sob domínio do Estado (político)”, (SILVA, 2013, p. 10).

No cenário da literatura brasileira, Silva (2013) faz menção à importante contribuição do autor Milton Santos, uma vez que sua visão de território se diferencia das obras estrangeiras, pois enfatiza o entrelaçamento entre espaço, tempo e território cujos elementos têm relação nas categorias sociedade, natureza, modo de produção, formação econômica e social, sendo assim, “[...] o espaço é um elemento histórico e social, pois determina todos os processos constitutivos de um modo de produção - produção, distribuição, consumo e circulação -, ou seja, é o espaço concreto da atividade humana” (SILVA, 2013, p. 12).

Silva (2013) apresenta quatro tipologias relacionadas à abordagem territorial nas políticas públicas e suas respectivas estratégias e grau de conflituosidade, quais sejam: 1) Território como meio (considerado de baixa conflituosidade); 2) Território como fim (considerado de média conflituosidade); 3) Território como regulação (considerado de média conflituosidade) e 4) Território como direito (considerado de alta conflituosidade). No ponto de vista de Território como meio, o autor exemplifica o Programa Estratégia da Saúde da Família (PSF) do Governo Federal.

Assim,

A saúde, vista pela ótica geográfica, expressa as condições de existência do ser humano no território. Nesse sentido, entender as desigualdades sócio-espaciais e suas consequências para o bem-estar social, que extrapola o setor saúde, é fundamental para debater-se saúde e proteção social no mundo contemporâneo (VIANA, et al. 2007, p. S118).

Falar em território enseja, ainda, um olhar para a regionalização, sendo este um dos princípios organizativos do SUS ao qual relaciona-se os espaços territoriais para a oferta dos serviços de saúde. Sob a ótica de Goulart et al. (2010, p. 394) tem-se que “no campo do Estado, a área da saúde pública foi uma das pioneiras na articulação em redes interorganizacionais, particularmente, em razão do modelo de gestão implantado com o Sistema Único de Saúde (SUS)”. Consoante a essa concepção, “as desigualdades socioeconômicas e sanitárias, no país, têm forte expressão territorial, indicando a importância de políticas públicas de corte regional nas várias áreas, incluindo a saúde” (VIANA, et al. 2007, p. S117).

As lutas pela democratização e garantia da saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado foram primordiais para a formatação do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública que preconiza a universalização, a equidade e a integralidade da saúde de todos

os brasileiros. Nessa tônica, requer financiamento das três esferas governamentais e implementação/organização em âmbito municipal com pactuações regionais, caso necessário.

Diante das normativas legais implementadas pelo Ministério da Saúde visando à efetivação do SUS, vimos que as mesmas se fragmentam para abranger várias temáticas e níveis de atenção à saúde, o que facilita e amplia de certa forma a integralidade do cuidado, contudo gera um conflito de interesses na tomada de decisão na implementação das referidas políticas públicas por parte dos atores políticos, que disputam recursos e governança em seus territórios. Acredita-se que a diferença está na forma da implementação RAS e a respectiva gestão municipal com base nas necessidades e peculiaridades tanto epidemiológicas quanto territoriais.

Mesmo com avanços nas legislações do SUS há que se pontuar o subfinanciamento federal que acaba impactando em maior percentual de investimento orçamentário municipal (além do preconizado na legislação), sem falar no aumento populacional, envelhecimento da população e a ocorrência das morbimortalidades as quais maximizam a dependência do SUS.

No que tange às morbimortalidades por Causas Externas, aborda-se na seção 3 sobre outra ramificação do SUS - a Rede de Urgências e Emergências (RUE), sendo esta um importante componente organizativo da RAS, que acolhe às demandas hospitalares de urgência e emergência da Linha de Cuidado ao Trauma.

3 A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA (RUE)

Esta seção, por meio das normativas legais, referencias teóricos e indicadores epidemiológicos de morbidade das Causas Externas, visa fundamentar a temática da RUE assim como a problemática de saúde pública dos acidentes de forma a subsidiar o entendimento da importância dos processos assistenciais e regulatórios na Linha do Cuidado ao Trauma.

3.1 Componentes e Fluxos da RUE: Da Política Nacional à Municipal

Constituída pelo Ministério da Saúde em 29 de setembro no ano de 2003, a Portaria Nº. 1.863 “Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão” e, nesse contexto, a Portaria Nº. 1.600/2011 “Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2003; 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (2013, p. 13) “A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental, etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência”. Com base nessas concepções, faz-se necessária a articulação dos diversificados pontos de atenção que compõem a referida rede, quais sejam: Promoção e Prevenção; Sala de Estabilização; FN/SUS; SAMU 192; UPA 24H; Atenção em Hospital e Atenção Domiciliar. Assim, fica estabelecida a Atenção Básica como base para a ordenação da atenção à saúde, estando os pontos de atenção mencionados permeados pelo Acolhimento, Qualificação Profissional, Informação e Regulação de Acesso, conforme ilustra a Figura 2.

Figura 2 - Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: Ministério da Saúde (2013)

Reportamo-nos ao SAMU 192 como um dos componentes da RUE e tem por objetivo [...] “ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza [...] mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” [...] (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 25). Insere-se ainda, nesse contexto, a Portaria de Consolidação N°. 03/2017, cujo Artigo N°. 39 “[...] define as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componentes da Rede de Atenção às Urgências” (BRASIL, 2017).

Para contextualizar a atuação operacional veicular do SAMU 192 no município de Santarém, por meio da frota terrestre e aquática, apresentamos no Quadro 1, a visão quantitativa, local e tipos de suportes (ambulância - básico/avançado e ambulancha).

Quadro 1 - Frota do SAMU 192. Santarém/PA. 2017

Ambulâncias SAMU em funcionamento
1 USA - Marca Citroën, Modelo Jumper - Ano 2015
5 USB - Marca Ford, Modelo Ranger - Ano 2012
4 USB - Marca Renault, Modelo Master - Ano 2010
Ambulância SAMU em processo de desfazimento
1 USB - Marca Fiat, Modelo Ducato - Ano 2010
2 USB - Marca Fiat, Modelo Ducato - Ano 2010
Ambulância SAMU sinistrada
3 USB - Marca Fiat, Modelo Ducato - Ano 2010
Ambulância SAMU de suporte
USB Comunidade de Tabocal - Marca Fiat/Ducato - Ano 2014
USB Comunidade de Boa Esperança - Marca Fiat/Ducato - Ano 2014
USB Comunidade de Curuai - Marca Fiat/Ducato - Ano 2014
USB Vila de Alter do Chão - Marca Fiat/Ducato - Ano 2014
USB Comunidade de Piraquara - Marca Fiat/Ducato - Ano 2014
USB Nova Esperança do Ituí - Marca Hilux/ Furgão - Ano 2013/2014
Ambulanchas reguladas pelo SAMU
Ambulancha Região do Lago Grande
Ambulancha Região do Arapixuna
Ambulancha Região do Parauá
Ambulancha Região do Tapajós

Fonte: Adaptado Plano Municipal de Saúde 2018-2021

O SAMU 192 do município de Santarém está habilitado por meio da Portaria GM/MS N° 130, de 28 de janeiro de 2009. Possui uma Central de Regulação de abrangência local e regional (totalizando 20 municípios) e uma Base Descentralizada junto à UPA 24 horas.

Quanto à frota de veículos, há Unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida na modalidade Terrestre e Unidades de Suporte Básico de Vida na modalidade Aquática (SEMSA, 2018).

Outro componente importante da RUE e inserido no contexto deste estudo é a Atenção em Hospital, também chamada de Componente da Atenção Hospitalar. O citado componente possui normativa específica para a sua implementação - a Portaria MS/GM Nº 2.395/2011, bem como integra a Portaria de Consolidação Nº 02/2017. Este relevante componente da RUE, de acordo com o Ministério da Saúde (2023, p. 44) é formado por: “1. Portas hospitalares de urgência e emergência; 2. Enfermaria de retaguarda clínica; 3. Unidades de cuidados prolongados e hospitais especializados em cuidados prolongados; 4. Leitos de terapia intensiva; e 5. Organização das linhas de cuidado prioritárias [...]”.

Nessa perspectiva, a Atenção Hospitalar na RUE desenvolve um importante papel organizativo e assistencial, de forma a garantir o acesso às demandas de pacientes referenciados de unidades pertencentes a outro nível de atenção (primário ou secundário) ou de procedência por demanda espontânea, bem como visa “garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias em articulação com os demais pontos de atenção”, como por exemplo a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), a Linha do Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a **Linha do Cuidado em Traumatologia** (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 43, grifo nosso).

Há três regiões geográficas que compreendem o município de Santarém: Região Urbana, Região de Planalto e Região de Rios. Nesse panorama territorial, reportamo-nos à Atenção Básica em Saúde (componente base da RUE) a qual objetiva ampliar o acesso aos cidadãos usuários do SUS, assim como fortalecer “[...] o vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades” (SEMSA, 2018, p. 61).

No Quadro 2 é possível conhecer de que forma a Atenção Básica se organiza no município de Santarém/PA.

Quadro 2 - Estrutura da Atenção Básica no Município de Santarém/PA. 2018

Região Urbana	27 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 2 Unidades de Acesso Avançado; 1 Centro de Abastecimento Farmacêutico-CA
Região de Rios	27 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 4 Postos de Saúde; 3 Unidades Móveis Fluviais (1 desativada); 2 Voadeiras; 2 Ambulâncias; 1 Pronto-Atendimento 24h; 4 Ambulanchas

Região de Planalto	13 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 1 Unidade Móvel Terrestre (desativada); 1 Pronto Atendimento 24h; 4 Ambulâncias
--------------------	---

Fonte: Adaptado Plano Municipal de Saúde 2018-2021

Quanto a atuação da Central de Regulação das Urgências, o Plano Municipal de Saúde 2018-2021 descreve o seguinte fluxo:

- (1) o Pronto-Socorro é a “porta-de-entrada” do Sistema de Urgência;
- (2) o Hospital Regional do Baixo Amazonas - HRBA - é a referência para paciente de média alta complexidade (consultas, internações e exames), e diagnóstico e tratamento do câncer;
- (3) os Hospitais Conveniados complementam o sistema nos procedimentos de média-baixa complexidade;
- (4) os Serviços de Apoio Técnico e Diagnóstico oferecem o suporte diagnóstico necessário;
- (5) o SAMU faz os resgates de urgência e a conexão entre os Serviços (SEMSA, 2018, p. 61).

Observa-se no Plano Municipal de Saúde⁴ de Santarém para o quadriênio 2018-2021 que uma das suas diretrizes/objetivo visa ao aprimoramento e ampliação da RAS articulando-se com RUE, dentre outras redes temáticas. Nesse sentido, elenca-se o indicador de acesso hospitalar referente à óbitos por acidente de forma que as ações geram metas anuais (100%) para a ampliação do número de atendimentos às pessoas acidentadas, conforme apresenta a Figura 3.

Figura 3 - Indicador do Plano de Ação relacionado à Rede de Urgência e Emergência pertencente ao Plano Municipal de Saúde 2018/2021. Santarém/PA

PLANO DE AÇÃO 2018 / 2021							
DIRETRIZ II: APRIMORAR AS REDES DE ATENÇÃO E PROMOVER O CUIDADO INTEGRAL AS PESSOAS NOS VÁRIOS CICLOS DE VIDA (CRIANÇA, ADOLESCENTE, JOVEM, ADULTO E IDOSO), CONSIDERANDO AS QUESTÕES DE GÊNERO E DAS POPULAÇÕES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL, NA ATENÇÃO BÁSICA, NAS REDES TEMÁTICAS E NAS REDES DE ATENÇÃO NAS REGIÕES DE SAÚDE.							
OBJETIVO II.1: Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.							
INDICADORES	RESULTADO ATUAL	META 2018-2021	AÇÕES	META ANUAL			
				2018	2019	2020	2021
Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por acidente.	100%	Manter 100%	-Ampliar o número de pessoas assistidas em hospitais quando acidentadas.	100%	100%	100%	100%

Fonte: Adaptado Plano Municipal de Saúde 2018-2021

Tem-se que esse é um relevante indicador para a Linha de Cuidado ao Trauma que não se apresenta detalhado no sentido de “quais” são essas ações e “como” são desenvolvidas. Não há nem mesmo um vínculo com a referida Linha.

⁴Vide Apêndice A - Notas de Rodapé, p. 130.

Sob a ótica da Promoção da Saúde, entende-se que seria necessário focar na ampliação da prevenção de acidentes junto a rede de educação e os órgãos de fiscalização de trânsito, por exemplo, para mitigar as incidências, bem como ampliar e/ou qualificar as condições de cuidado às vítimas de acidente.

Outro instrumento importante, e que apresenta indicadores correlacionados à Rede de Urgência e Emergência, é o Plano Estadual de Saúde do Pará, apresentado nas versões dos quadriênios 2016-2019 e 2020-2023. O primeiro quadriênio citado, quanto ao município de Santarém, menciona o Hospital Regional do Baixo Amazonas no contexto das especialidades de trauma-orto/neurocirurgia/oncologia. Este estabelecimento de saúde de média e alta complexidade também é referência para os serviços de Terapia Renal Substitutiva e Captação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (SESPA, 2016).

Consoante à Sespa (2016), a Regulação do Acesso à Assistência pela Central Estadual de Regulação ocorre por meio sistema SISREG para as necessidades de saúde de média e alta complexidade, bem como os leitos de UTI e UCI Neonatal do Estado. Já para as internações, utiliza-se o Sistema Estadual de Regulação (SER).

Identifica-se as seguintes perspectivas para fortalecer a rede de serviços especializados de média e alta complexidade no quadriênio de 2016-2019 da Sespa:

Na Região Baixo Amazonas: Implantação da Unidade de Referência Especializada em Santarém; Reformar e Ampliação do Hospital Municipal de Mojuí dos Campos, **Construção do Centro Especializado de Reabilitação - CER III** na modalidade de reabilitação física, auditiva e visual, Ampliação de 10 máquinas do serviço de Terapia Renal Substitutiva no hospital Municipal de Santarém (SESPA, 2016 p. 84, grifo nosso).

Como perspectiva para fortalecer a gestão do Estado na Região de Saúde do Baixo Amazonas, há também, a “Implantação do Plano Regional Integrado e Implantação do Complexo Regulador Regional”. Há registros de avanços na Regulação do Acesso à Assistência pela Sespa, por meio da implementação da Central Estadual de Regulação (CER), Regulação Hospitalar, por meio do Sistema Estadual de Regulação (SER) e SISREG III. (SESPA, 2016, p. 133).

Ao acessar o Plano Estadual de Saúde do Pará referente ao quadriênio 2020-2023, nota-se a intenção de implementação de uma Central de Regulação das Urgências (CRU), ou seja, uma Central de Regulação Regional do SAMU 192 unificando as regiões do Baixo Amazonas e a região do Tapajós sob gestão Estadual, haja vista a desabilitação da Central Municipal de Santarém, pelo Ministério da Saúde. Cabe reforçar que a região do Baixo Amazonas compreende o município de Santarém e outros doze municípios, e a região do

Tapajós contempla sete municípios, totalizando assim, abrangência de vinte municípios (SESPA, 2019).

Quanto aos Complexos Reguladores Regionais do Estado do Pará (CRR), conforme SespA (2019), tem-se que a CRR-Santarém-Baixo Amazonas abrange os seguintes municípios e respectivas unidades hospitalares: Santarém (Hospital Regional Público do Baixo Amazonas Dr. Waldemar Penna); Alenquer (Hospital Santo Antônio) e Juruti (Hospital 9 de Abril na Providência de Deus). A Central Estadual de Regulação utiliza o sistema SISREG para leitos de UCI e UTI Neonatal do Estado e serviços de média e alta complexidade das regiões de saúde para acesso ambulatorial. Para o acesso à internação, utiliza-se o Sistema Estadual de Regulação (SER).

Identifica-se, também, a intenção de ampliação de **Centros de Trauma** na Região do Baixo Amazonas para o referido quadriênio, proposição esta que faz referência a Linha do Cuidado ao Trauma, não havendo evidências efetivas no município de Santarém até o final do segundo semestre do presente ano (SESPA, 2019, grifo nosso).

Ainda na esfera Estadual e, consoante a RUE, insta citar o Plano Estadual de Atenção às Urgências do Pará no quadriênio 2012-2015, onde o mesmo “consiste na organização e sistematização de um elenco de diretrizes e ações desejáveis, devidamente harmonizadas com o estabelecido na Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde por meio da Portaria Nº. 1.600/2011 (SESPA, 2013).

À época do quadriênio supramencionado, a Região de Saúde do Baixo Amazonas compreendia o quantitativo de quatorze municípios. Mesmo que o presente Plano não contemple o período do objeto de estudo desta pesquisa⁵, será apresentado, na Figura 4, um dos quatorze indicadores de monitoramento e avaliação do referido plano. Indicador este que julgou-se ser o mais adequado à temática da pesquisa, a saber: “Indicador nº 11. Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por causa externa” (SESPA, 2013, p. 83; 88).

⁵Não foi possível localizar em sítio eletrônico o Plano Estadual de Atenção às Urgências do Pará subsequente ao quadriênio de 2012-2015. Identifica-se apenas a Resolução CIB-SUS/PARÁ - Resolução nº 16, de 16 de fevereiro de 2022 - Art. 1º. Aprovar “Ad Referendum” a atualização do Plano Estadual de Atenção às Urgências do Pará - 2022-2025; Art. 2º - Revogar a Resolução CIB/PA nº 80 de 12 de abril de 2012 que aprova o Plano Estadual de Atenção às Urgências do Pará - 2012-2015. Disponível em: <https://cosemspa.org.br/wp-content/uploads/2022/03/Res.-16-de-16-de-Fevereiro-de-2022-1.pdf>. Acesso em: 23 maio 2023.

Figura 4 - Indicador relacionado à Rede de Urgência e Emergência pertencente ao Plano Estadual de Atenção às Urgências do Pará. 2012 a 2015

Indicador 11	Proporção de acesso hospitalar dos óbitos por causa externa
Objetivo	Ampliação do acesso ao atendimento hospitalar
Meta Regional	Reduzir em x% número de óbitos no ambiente extra-hospitalar, por causas externas.
Descrição do indicador	Percentual de óbitos em via pública de determinada região, no período considerado.
Método de cálculo	$\text{Número de óbitos por causa externa extra-hospitalar} / \text{total de óbitos por causa externa} \times 100$
Fonte:	SIM

Fonte: Plano Estadual de Atenção Integral às Urgências, Sespa (2013)

Nota-se que na Figura 4 há maior detalhamento do Indicador proposto quando comparamos, por exemplo, com o indicador semelhante do Plano de Ação/Plano Municipal de Saúde de Santarém 2018-2021, cujo enfoque do plano estadual insere-se na redução de óbitos extra hospitalares.

Como ponto de partida central desta dissertação e parte integrante da RUE, tem-se a Atenção em Hospital como um importante componente instituído por meio da Portaria Ministerial Nº. 2.395/2011, cuja ementa “Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011). Seu parágrafo único descreve que:

A organização dar-se-á por meio da ampliação e qualificação das Portas de Entrada Hospitalares de Urgência, das enfermarias clínicas de retaguarda, dos leitos de Cuidados Prolongados e dos leitos de terapia intensiva, e pela **reorganização das linhas de cuidados prioritárias de traumatologia**, cardiovascular e cerebrovascular, de acordo com os critérios estabelecidos nesta Portaria. Alterado pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012 (BRASIL, 2011-2012, grifo nosso).

Conforme mencionado nas seções anteriores, o HMS classifica-se junto ao Ministério da Saúde (MS) como um Hospital Geral com incentivo de Porta de Entrada Hospitalar de Urgência (PEHU). O referido nosocômio possui leitos na especialidade de Ortopedia/Traumatologia, dentre outras especialidades.

O Pronto Socorro Municipal (a porta de entrada das urgências e emergências) integra o HMS, porém seu acesso difere de endereço do mesmo, onde a referida estrutura não possui habilitação junto ao Ministério da Saúde para receber os incentivos financeiros do SUS, porém, neste complexo assistencial, há um Setor de Trauma com a oferta de dez leitos de retaguarda e Sala de Procedimentos (gesso, imobilização, etc.), dentre outras Enfermarias Adulta e Pediátrica. Nesta mesma estrutura predial, localizam-se os Setores de Imagiologia (Raios-X), Sala de Medicação e Coleta de Exames Laboratoriais e Sala de Leitos de Estabilização. Cumpre destacar que as referidas informações estão em consonância com a vivência profissional da pesquisadora nessa unidade hospitalar.

Diante do exposto, faz-se relevante a comparação, ou melhor, articulação da Portaria Nº. 1600/2011 ao qual “Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do componente Hospitalar” com a Portaria Ministerial Nº. 2.395/2011 que “Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Nesse sentido, nos referimos especificamente ao Capítulo II, Art. 11 da Portaria Nº. 1600/2011:

Capítulo II - DOS COMPONENTES DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E SEUS OBJETIVOS - Art. 11. O Componente Hospitalar será constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e pelas linhas de cuidados prioritárias (BRASIL, 2011).

As informações inseridas nesta subseção permitiram esboçar de que maneira a RUE se formaliza no cenário nacional, estadual e municipal reproduzido por alguns parâmetros norteadores nos Planos Estadual e Municipal de Saúde, sendo estes instrumentos-guia da efetivação da referida política pública ao qual deve fazer vínculo às necessidades de saúde dos usuários do SUS. Somado a esse contexto, é preciso compreender a importância de uma visão sistêmica e engajamento multissetorial para mitigar a problemática das Causas Externas à saúde pública como os Acidentes de Transporte e as Quedas, conforme apresentado na subseção 3.2.

3.2 Os Efeitos da Morbimortalidade por Acidentes nos Cenários Nacional e Municipal

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidades por Acidentes e Violências é uma relevante política pública vinculada diretamente à saúde da sociedade, mas também requer uma articulação com outras políticas, haja vista a sua implicação social e econômica. Neste cenário, é importante um olhar mais atento ao teor da Portaria Nº. 737/2001 a qual vai ao encontro do engajamento do poder público na elaboração de uma política pública que visa à redução da morbimortalidade por acidentes e violências, sendo esta subsidiada por consultas públicas em diferentes órgãos e instâncias, bem como consentida pela Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O anexo da Portaria Nº 737/2001 aponta vários eventos que descrevem os impactos dos acidentes e violências na sociedade, eventos esses que são de conhecimento de instituições policiais, educacionais, de saúde privada e pública. Esta política pública considera que “Os acidentes e as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais”, bem como pontua diversas formas em que a violência pode

ser manifestada, como por exemplo [...] “agressão física, abuso sexual, violência psicológica e violência institucional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 7-8).

Não obstante à Portaria supramencionada, inserimos neste contexto, a Portaria de Consolidação Nº 2 de 28 de setembro de 2017, pois a mesma corrobora a problemática em tela destacando que “Os acidentes e as violências no Brasil configuram um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência, que tem provocado forte impacto na morbidade e na mortalidade da população” (BRASIL, 2017, p. 46).

No citado instrumento, especificamente no Anexo I do Anexo VII, são apresentadas as diretrizes as quais direcionam a implementação da mesma, a saber: 1) Promoção da adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; 2) Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências; 3) Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar; 4) **Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e de violências**; 5) **Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação**; 6) Capacitação de recursos humanos; 7) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2017, grifo nosso).

Destaca-se, ainda, que

Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais - devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes - e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças - CID. (OMS, 1985 e OMS, 1995) - **sob a denominação de causas externas**. Quanto à natureza da lesão, tais eventos e ou agravos englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos, como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, entre outros (BRASIL, 2017, p. 47, grifo nosso).

Chama atenção para este estudo, a diretriz intitulada Assistência Interdisciplinar e Intersetorial às Vítimas de Acidentes e de Violências da Portaria de Consolidação referenciada, sendo este um componente de suma importância para a atenção à saúde do trauma, uma vez que “A prestação do atendimento às vítimas requererá a **estruturação e a organização da rede de serviços do SUS**, de forma que possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher demandas, **prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva** [...]” (BRASIL, 2017, p. 55, grifo nosso).

O acompanhamento e a avaliação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências são requisitos primordiais preconizados pela mesma. Desta forma é possível mensurar a sua resolutividade e traçar estratégias com ênfase na qualidade de vida das pessoas/vítimas. Torna-se explícito, também, a importância de se

vincular os objetivos desta Política Nacional aos preconizados pela legislação do SUS/Lei Nº 8.080/90, como por exemplo os que contemplam o Art. 7º, mencionados a seguir:

- a “integralidade da assistência, entendida como um 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” (inciso II);
- a "preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral" (inciso III);
- o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde" (inciso V);
- a "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 da população" (inciso XI);
- a "capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência" (inciso XII); e
- a "organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos" (inciso XIII) (BRASIL, 2017, p. 61).

Portanto, fica evidente que os acidentes e violências geram morbidade e mortalidade impactando na qualidade de vida dos cidadãos. Segundo Brasil (2017, p. 57), a concretização do propósito da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências “requerirá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas”. Assim, faz-se necessária a mobilização de parcerias governamentais e não-governamentais, cujo engajamento fortalecerá a referida política.

Pensar em trauma ortopédico é adensar a discussão para a dimensão de morbidade ocasionada nos indivíduos, que pode ser desde uma limitação funcional temporária até uma situação mais traumática como a perda de algum membro anatômico. Importa dizer que independente da magnitude, o fato é que há vários trabalhos acadêmicos e científicos que mencionam e preocupam-se com essa problemática de saúde, assim como as instituições de ensino, associações de classe, conselhos de trânsito e o próprio Ministério da Saúde.

Nesse sentido, conforme Kfuri Júnior (2001, p. 2), “A incapacidade funcional decorrente do trauma ortopédico é também um problema de saúde pública, dado o cerceamento que causa ao indivíduo, às dificuldades que impõem aos seus familiares e ao custo social agregado a esta limitação”. Entretanto, essa é uma realidade em âmbito nacional que se eleva com o advento da contemporaneidade e da urbanização da sociedade.

Corroborando o exposto e na perspectiva dos acidentes de transporte por condutores de motocicletas, há lesões de maior impacto, como destaca o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Neste cenário, “Além dos custos hospitalares, o maior valor estimado é referente à perda de produção das pessoas (41,2%), causando o

empobrecimento das famílias e em caso de morte, os custos recaem sobre a previdência social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023, p. 1).

Pautamos essa complexa situação epidemiológica nos acidentes de trânsito e nas quedas, cujas CIDs inserem-se nesta dissertação. Vejamos como base, dois estudos: o primeiro no âmbito municipal e o segundo no âmbito nacional, busca-se evidenciar os impactos do trauma ortopédico nos indivíduos. Assim, na obra de Nunes e Tavares (2018) intitulada “Perfil ocupacional de pacientes traumato-ortopédicos atendidos pela terapia ocupacional em um hospital do oeste do Pará/Brasil” nos ilumina que as lesões traumáticas impactam nas Atividades da Vida Diária (AVD), pesquisa desenvolvida junto aos pacientes internados no Hospital Regional do Baixo Amazonas (HRBA) em um determinado período do ano de 2017, oportunizando o conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes Traumato-ortopédicos atendidos pela Terapia Ocupacional do HRBA, bem como quais foram as AVDs comprometidas nesses pacientes.

Um dos componentes do perfil epidemiológico foi a etiologia do trauma, evidenciando o acidente de transporte como causa prevalente (58% da amostra) e queda na sequência (16% da amostra). Os pacientes deste estudo foram acometidos nas seguintes AVDs: Mobilidade funcional; Tomar banho no chuveiro; Uso do vaso sanitário; Higiene pessoal; Vestir; Higiene íntima; Atividade sexual; Cuidado com equipamentos pessoais e alimentação. Destaca-se que estas atividades foram classificadas em questionário contendo opções de resposta de Sim e Não. Os resultados indicaram que houve maior frequência de incidência de acometimento na mobilidade funcional (82% da amostra) seguida da atividade de tomar banho no chuveiro (58% da amostra) (NUNES; TAVARES, 2018).

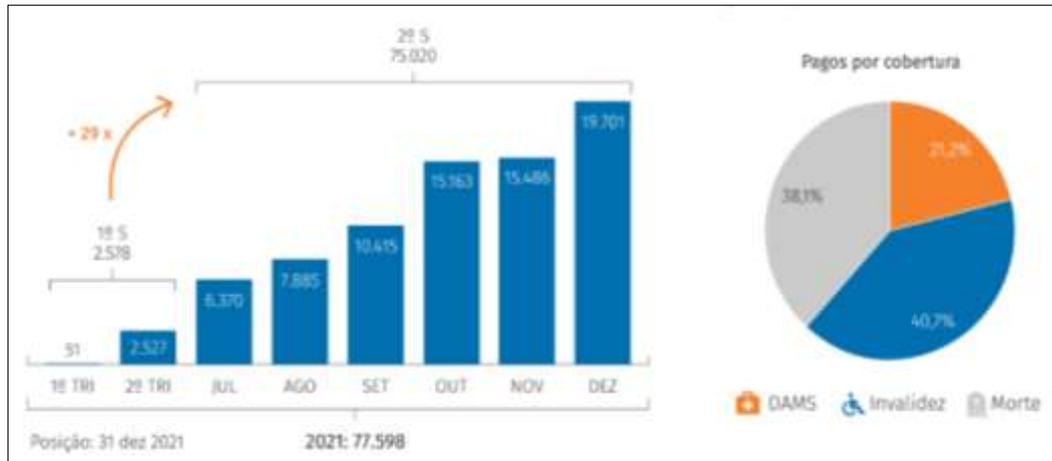
Já no âmbito nacional, os Relatórios Anuais da Seguradora Líder 2019-2020 com base nas Indenizações do Seguro DPVAT⁶ torna pública a expressiva realidade do cenário das indenizações no Brasil por acidentes de trânsito. Diante das ilustrações nos diversificados recortes apresentados a seguir, nos direcionemos para a análise do que já foi suscitado nesta subseção - o impacto social e econômico na sociedade.

⁶DPVAT “É o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres, ou por sua Carga, a Pessoas Transportadas ou Não (Seguro DPVAT), criado pela Lei nº 6.194/74, com a finalidade de amparar as vítimas de acidentes de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa dos acidentes”. Disponível em: <https://www.gov.br/susep/pt-br/planos-e-produtos/seguros/dpvat>. Acesso em: 10 jun. 2023.

Cumpra salientar que as Indenizações DPVAT⁷, a partir do ano de 2021, passaram para a Administração da Caixa Econômica Federal.

Vejamos os relatórios.

Figura 5 - Mapa das indenizações pagas pelo Seguro DPVAT. Brasil. 2021



Fonte: Caixa (2021)

A Figura 5 compõe o relatório da Caixa e está relacionada ao quantitativo de pedidos de indenizações pagas, cujo modelo difere dos demais anos gerados pela Seguradora Líder. Outra diferenciação constatada refere-se à informação do montante financeiro das indenizações, em que “foram injetados mais de R\$ 311,9 milhões na economia a título assistencial à população envolvida em acidente de trânsito da via terrestre ocorridos a partir de 01/01/2021, em todo o território nacional” (CAIXA, 2021, p. 14).

⁷Indenização DPVAT “É o pagamento referente a danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, com a finalidade de amparar as vítimas de acidentes de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa do acidente”. Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/servicos/dpvat/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 10 jun. 2023.

Figura 6 - Mapa das indenizações pagas pelo Seguro DPVAT. Brasil. 2020

Indenizações Pagas					
NATUREZA DA INDENIZAÇÃO	JAN A DEZ 2020	%	JAN A DEZ 2019	%	JAN A DEZ 2020 X DEZ 2019
MORTE	33.530	11%	40.721	11%	-18%
INVALIDEZ PERMANENTE	210.042	67%	235.456	67%	-11%
DESPESAS MÉDICAS (DAMS)	67.138	22%	77.055	22%	-13%
TOTAL	310.710	100%	353.232	100%	-12%

Fonte: Seguradora Líder (2020)

Como breve descrição analítica demonstrada na Figura 6, percebe-se uma redução de pagamento nas indenizações em todas as naturezas elencadas no ano de 2020 quando comparadas com o ano de 2019, bem como um expressivo percentual de invalidez das vítimas de acidente de trânsito.

Figura 7 - Mapa das indenizações pagas pelo Seguro DPVAT. Brasil. 2019

Indenizações Pagas					
NATUREZA DA INDENIZAÇÃO	JAN A DEZ 2019	%	JAN A DEZ 2018	%	JAN A DEZ 2019 X DEZ 2018
MORTE	40.721	11%	38.281	12%	6%
INVALIDEZ PERMANENTE	235.456	67%	228.102	69%	3%
DESPESAS MÉDICAS (DAMS)	77.055	22%	61.759	19%	25%
TOTAL	353.232	100%	328.142	100%	8%

Fonte: Seguradora Líder (2019)

A Figura 7 demonstra aumento do pagamento das indenizações no período de 2019 quando comparadas com o ano de 2018.

Assim, temos a ocorrência de aumento das indenizações pagas do ano de 2018 a 2019 e redução nos anos de 2019 a 2021. Por sinal, uma expressiva redução de 75% do ano 2020 para 2021 (de 310.710 para 77.598 indenizações pagas), que pode estar associada à real

redução da violência no trânsito em decorrência da pandemia causada pelo SARS-COV-19, ou pela alteração nos critérios imputados pela nova seguradora.

3.3 Linha de Cuidado ao Trauma: Da Atenção Hospitalar na RUE ao Fluxo na RAS

Os complexos panoramas epidemiológicos e de morbidade oriundos das Causas Externas por acidentes de transporte e quedas percorridos até aqui (frequentemente citados como trauma ortopédico), conduzem essa subseção para um olhar mais do que especial para o Cuidado ao Trauma tendo-se como uma “linha” de cuidados na assistência ao paciente por profissionais da área da saúde desde a cena do acidente e/ou violência até o seu acesso em um componente da RUE e posterior continuidade do atendimento às suas necessidades de tratamento, consultas especializadas, exames e/ou reabilitação na RAS.

Nesse sentido, a Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde apresenta a seguinte definição para o termo Linha de Cuidado:

A Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais: Descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde. Viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um continuum assistencial (MINSAUDE, 2022).

A Portaria Ministerial Nº. 1.365 de 8 de julho de 2013, em sua ementa “**Aprova e Institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências**” (BRASIL, 2013, grifo nosso). Em seu contexto, enfatiza que as Causas Externas representam a terceira maior causa de mortes em nosso País, dentre outras justificativas que convergem para as demandas da sociedade, quer seja por meio das consultas públicas, quer seja pela implementação de diversificadas portarias inseridas na rede de atenção à saúde e rede de atenção às urgências.

É importante destacar os dez objetivos da Portaria Nº. 1.365/2013, inclusos no Art. 2º. “São objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma”, a saber:

- I. Reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e implantação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE;
- II. Desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e projetos de prevenção relacionados ao trauma;

- III. Estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado;
- IV. Estabelecer e implementar a Linha de Cuidado ao Trauma e habilitar Centros de Trauma, para realização do atendimento hierarquizado e referenciado;
- V. Ampliar o acesso regulado dos pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE;
- VI. Incentivar processos formativos para os profissionais de saúde envolvidos na atenção ao trauma em todos os níveis e pontos de atenção, inclusive para aqueles que atuam diretamente nas centrais de regulação;
- VII. Estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma;
- VIII. Disseminar o conhecimento de que o trauma é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado;
- IX. Fortalecer a implantação e implementação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE como prioritária na estruturação da atenção em Urgência no SUS;
- X. Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde que atuam na RUE para a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2013).

Cumpre salientar que a Portaria supracitada está baseada na Portaria N°. 737/2001, a qual “aprova e institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências” (BRASIL, 2001).

Conforme já mencionado, o HMS é uma unidade hospitalar de baixa e média complexidade e polo para duas regiões de saúde (cerca de 1 milhão de pessoas), por meio de acesso regulado em rede ou demanda espontânea. Desta forma, o HMS congrega-se como a porta de entrada da RUE no município de Santarém por meio do PSM, prestando assistência à saúde dos usuários do SUS e cumprindo com as normativas de regulação do acesso à assistência para outro estabelecimento de alta complexidade, caso necessário.

A Regulação do Acesso à Assistência é uma das três dimensões da Regulação em Saúde e tem por objetivo “[...] a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos, seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais [...]”, contemplada em diferentes instâncias a saber: 1) Central de Regulação Ambulatorial; 2) Central de Regulação Hospitalar e 3) Central de Regulação de Urgências (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p. 25).

Cumpre lembrar que a Política Nacional de Regulação foi instituída por meio da Portaria GM/MS N°. 1.559/2008 e integra a Portaria de Consolidação N°. 2 de 2017 - Anexo XXVI. Nessa direção, destaca-se:

Art. 5º A Regulação do Acesso à Assistência efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários

contempla as seguintes ações: (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º) **I** - regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, I) **II** - controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, II) **III** - padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, III) **IV** - o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes. (Origem: PRT MS/GM 1559/2008, Art. 5º, IV) (BRASIL, 2017).

No tocante à expressão “Linha de Cuidado”, consideramos que a aplicabilidade denota uma amplitude de significados, quer seja no âmbito da ciência da saúde, quer seja no âmbito da ciência social, porém, ambas são convergentes e emblema sentido único resultantes de um conjunto de ações voltadas para a sobrevivência e o bem-estar do ser humano, ações estas realizadas por pessoas e guiadas por instrumentos técnicos-administrativos normativos e/ou políticos.

Contudo, há de se considerar o agir multidisciplinar, interdisciplinar, ou melhor ainda, transdisciplinar⁸ na condução dos processos de realização da linha do cuidado visando à cura, reabilitação e reinserção social do paciente acometido por trauma - por exemplo, núcleo deste estudo.

De acordo com Franco (2021, p. 81-82), com vistas à operacionalização da linha do cuidado “[...] será necessário pensar que ela é o ponto de encontro de uma implicada rede de petição e compromissos, de diversos serviços que alimentam a sua produção. Estes são controlados por atores que passam a figurar como gestores da assistência [...]”.

Nesta seara, a Linha de Cuidado ao Trauma envolve o conceito de fluxo, de continuidade do atendimento das necessidades de tratamento do paciente em diferentes pontos de atenção (níveis de atenção à saúde no SUS) associando-se às tecnologias de cuidado em saúde, de forma a garantir um cuidado integrado, à luz do princípio da integralidade.

Consoante às tecnologias inerentes aos processos de trabalho em saúde, percebe-se que:

As tecnologias duras, leve-duras e leves, articulam e portam, respectivamente: os instrumentos e intervenções de base científico-tecnológica, como procedimentos e exames; os conhecimentos de base científica utilizados para a "captura" e enquadramento clínico e epidemiológico do mundo do usuário; os saberes e práticas baseados na subjetividade que movem e informam o médico e o usuário no momento mesmo da relação que se estabelece entre ambos (KALICHMAN; AYRES apud MERHY, 2016, p. 5).

⁸Vide Apêndice A - Notas de Rodapé, p. 130.

A palavra integralidade é frequentemente associada à Linha do Cuidado⁹ nas literaturas do campo da saúde, nas legislações e manuais do Ministério da Saúde. Vejamos algumas associações e derivações:

Quadro 3 - Associações e derivações de conceitos relacionados à Linha de Cuidado

RECORTE TEXTUAL	FONTE
Essa RAS é organizada por diferentes linhas de cuidado e/ou temáticas, onde o usuário pode estar vinculando a mais de uma linha simultaneamente, expressando assim, a subjetividade do indivíduo e a integralidade do cuidado - (p. 258).	Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS - Diálogos no cotidiano - 2ª edição digital - revisada e ampliada - CONASEMS, 2021 - 440p. ¹⁰
A linha de produção do cuidado é uma proposta pensada para se superar os desafios de construção da atenção integral à saúde - (p. 274).	Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS - Diálogos no cotidiano – 2ª edição digital - revisada e ampliada - CONASEMS, 2021 - 440p. ¹¹
Entende-se por Linha de Cuidado ao Trauma o processo integrado de atenção ao paciente vítima de trauma, que articula os pontos de atenção da RUE, com vistas à prevenção dos agravos, garantia de padrões adequados de acessibilidade aos recursos tecnológicos, à gravidade dos casos e à continuidade do cuidado, com atribuição prévia de responsabilidades assistenciais e mecanismos de regulação, coordenação, comunicação e transporte sanitário entre os diversos serviços e respectivos gestores - (p. 4).	Documento intitulado Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. ¹²
Trabalhando com a concepção do hospital como uma estação de uma intrincada rede de cuidados, os coordenadores das linhas de produção do cuidado terão, como uma das suas atribuições, que ajudar na criação e estabilização de linhas que rompem os limites do hospital e se transversalizam por outros serviços, visando à integralidade do cuidado - (p. 211).	Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. 232p. ¹³
As Linhas de Cuidados apresentam a organização do sistema de saúde para garantir um cuidado integrado e continuado, com o objetivo de atender às necessidades de saúde do usuário do SUS em sua integralidade.	Ministério da Saúde - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT. ¹⁴
A apreensão de linha do cuidado como mero fluxo, que instrumentaliza a gestão e permite o estabelecimento de protocolos clínicos, pode ser ampliada e reconfigurada a partir da proposição da	Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos (Neide Emy

⁹Vide Apêndice A - Notas de Rodapé, p. 130.

¹⁰¹¹Disponível em: https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf. Acesso em: 24 maio 2023.

¹²Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2487249/mod_resource/content/1/MS-Linha_cuidado_trauma_RUE-2013.pdf. Acesso em: 23 maio 2023.

¹³Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 23 maio 2023.

¹⁴Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>. Acesso em: 05 jun. 2023.

<p>Linha do Cuidado Integral em Saúde 11-13, que é a “imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde - (p. 844).</p>	<p>Kurokawa e Silva; Leyla Gomes Sancho; Wagner dos Santos Figueiredo).¹⁵</p>
<p>As Linhas e Redes de Cuidado, como modelo de atenção à saúde, buscam dar conta dos vários níveis de atenção mantendo na Rede Básica de Saúde, organizada por intermédio da ESF, a porta de entrada principal e a responsabilidade pela gestão do cuidado do paciente e pelo acesso regulado a todos os pontos e níveis do sistema. A proposta incorpora também muitos dos conceitos, arranjos e dispositivos elaborados com base nas proposições da clínica ampliada e do cuidado, acima mapeadas, para a superação das limitações, tanto da clínica quanto da gestão tradicionais, na busca pela integralidade - (p.9).</p>	<p>Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS (Artur Olhovetchi Kalichman; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres).¹⁶</p>
<p>Linha de cuidado: a estratégia de organização da atenção que viabiliza a integralidade da assistência, por meio de um conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de riscos, agravos ou demais condições específicas do ciclo de vida ou outro critério sanitário a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua, abrangendo os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.</p>	<p>Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013 Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS).¹⁷</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Não se esgotam as análises conceituais acerca da regulação do acesso à assistência na perspectiva da Linha de Cuidado ao Trauma. Emerge aqui o intento de promover um breve encontro de proposições analíticas desta horizontalização do cuidado que tanto preza pelo princípio da integralidade, devendo ser este princípio o fio condutor dos dispositivos microrregulatórios e macrorregulatórios de produção do cuidado e da oferta dos serviços em rede. Rede essa conformada pelos gestores municipais e estaduais, com base na caracterização e necessidades de cada território de saúde.

Contribuindo com o exposto, Santos e Merhy (2006) apud Freire e colaboradores (2020, p. 3-4) apresentam definições para diferenciar os processos de regulação, onde o processo de microrregulação “está ligado ao acesso cotidiano das pessoas aos serviços e consumo dos serviços de saúde” e o processo de macrorregulação “diz respeito à definição das políticas mais gerais das instituições, relacionadas aos mecanismos estratégicos da gestão”.

Conforme o transcorrer desta seção, foram pontuadas as normativas inerentes à Política Pública voltada à Rede de Urgências e Emergências (RUE) levando em consideração

¹⁵Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ln4T7Jd38CVw5ZFN6rKMSym/>. Acesso em: 23 maio 2023.

¹⁶Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cTPxLbqWxgbjmyShw5FK8Sw/>. Acesso em: 23 maio 2023.

¹⁷Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em 17 jul. 2022.

suas diretrizes e componentes, bem como relação com outras políticas de saúde pública como a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e a Política Nacional de Regulação.

Pontuamos a Linha de Cuidado ao Trauma na RUE, levando-se em consideração a Portaria Nº 1.365/2013 que faz referências à sua implementação e relevância social. Nesse cenário, há de se considerar os agravos à saúde pública oriundos dos traumas ortopédicos (Causas Externas de Acidentes de Transporte e Quedas) que requerem produção de serviços e gestão de cuidado com base em eficientes e eficazes fluxos regulatórios que vão desde o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e desospitalização até as suas necessidades de saúde junto a outras redes/níveis de atenção à saúde para a reabilitação e qualidade de vida como preconiza a integralidade do cuidado, discutida por suas variáveis conceituais/textuais no campo teórico da saúde pública.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A efetivação do percurso metodológico apresenta o local primário do desenvolvimento da pesquisa, bem como os outros dois pontos/fluxos de atenção dos sujeitos/pacientes na RAS, aos quais permitiram a construção de variáveis de análise por meio da construção de matrizes de avaliação na perspectiva da Tríade de Donabedian, contribuindo com a consolidação dos resultados e resposta à pergunta norteadora.

4.1 Área de Estudo da Pesquisa

A pesquisa teve como ponto central o Hospital Municipal de Santarém Dr. Alberto Tolentino Sotelo-HMS, situado à Av. Presidente Vargas, nº 1.539 - Bairro Santa Clara, CEP: 68.005-110. O mesmo possui a classificação de Hospital Geral sob o número 2329905 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A história do HMS remonta ao ano de 1942. Foi criado pelo antigo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) por meio de convênio com uma instituição norte-americana, objetivando suprir as demandas de saúde dos seringueiros da região Amazônica na exépote época da extração da borracha, haja vista as doenças endêmicas de Malária, Febre Amarela, dentre outras. Nesse sentido, por tratar-se de uma unidade mista com padrões americanos, suas diretrizes compreendiam, ainda, “[...] a educação em saúde e o tratamento das afecções mais comuns, utilizando-se para isso de ações executadas na comunidade (através de visitadoras sanitárias e técnicos de saneamento), atividades ambulatoriais e internações hospitalares [...]” (SANTARÉM, 2017, p. 15).

Em 1960, o Ministério da Saúde assume a unidade hospitalar após o término do convênio com os Estados Unidos, passando para a gestão da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), unificando, em 1990, com a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), sendo estas consideradas “as duas instituições mais tradicionais de Saúde Pública do país” que culminaram na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Já no ano de 1998, “a Unidade Mista da Fundação Nacional de Saúde foi municipalizada, tornando-se o atual Hospital Municipal de Santarém, instituição vinculada à Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal de Santarém”, em consonância com as legislações do SUS (SANTARÉM, 2017, p. 15-16).

Atualmente, o HMS é referência para a média complexidade abrangendo pacientes de Santarém e de outros 19 municípios da região oeste do Pará - 9ª Regional de Saúde, de forma espontânea e referenciada, por meio das seguintes modalidades: Ambulatorial, Internação, SADT, Urgência e Vigilância em Saúde. Os leitos hospitalares correspondem às seguintes especialidades e respectivos quantitativos, conforme CNES (2022): a) Cirúrgico: BucoMaxilo Facial (2); OrtopediaTraumatologia (30); Neurocirurgia (4); Cirurgia Geral (13); b) Clínico: Clínico Geral (11); Neurologia (3); AIDS (2); Cardiologia (5); Queimado Pediátrico (1); c) Complementar: UTI Adulto Tipo II (14); Unidade Isolamento (4); Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (10); d) Obstétrico: Obstetrícia Clínica (22); Obstetrícia Cirúrgica (23); e) Pediátrico: Pediatria Cirúrgica (12); Pediatria Clínica (11); f) Outras Especialidades: Psiquiatria (2); Crônicos (1).

Mapa 1 - Mapa cartográfico da localização do Pronto Socorro do Hospital Municipal de Santarém e abrangência junto a 9ª Regional da Sespa. Brasil. 2022



Fonte: IBGE (2020), Sespa (2022)

Acompanhando a tendência nacional e regional da gestão de unidades de saúde pública por Organizações Sociais de Saúde (OSS), a Prefeitura Municipal de Santarém, por meio da Secretaria Municipal de Saúde (Sema), em 30 de novembro de 2017, torna público o “Chamamento nº 001/2017-FMS-SEMSA/STM - PROCESSO Nº. 064/2017”, cujo objeto é a “Seleção de organização social para a celebração de Contrato de Gestão para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços do HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTARÉM e da UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-UPA 24 HORAS - tipo III [...]”, fundamentado na Lei Municipal nº 20.222 de 07 de julho de 2017, Decreto Municipal Nº.

629 de 24 de julho de 2017 Lei federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993. (SANTARÉM, 2017, p. 2).

Nesse sentido, em 01 de março de 2018, o Município de Santarém por meio da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde firmou Contrato de Gestão Hospitalar¹⁸ com o Instituto Panamericano de Gestão para a gerir o HMS e a UPA 24h (SANTARÉM, 2018). Entretanto, por meio de um novo Contrato de Gestão Hospitalar, sob nº 105/2020¹⁹, houve a contratualização com uma nova organização social denominada Instituto Social Mais Saúde, em 01 de setembro de 2020, em vigência até o mês de dezembro do ano de 2022.

Figura 8 - Fachada do Hospital Municipal Dr. Alberto Tolentino Sotelo - Acesso pela Av. Presidente Vargas. Santarém/PA. 2022



Fonte: Acervo fotográfico da autora (2023)

O prédio do HMS apresenta pavimentação de característica horizontal cuja entrada situa-se na Av. Presidente Vargas, conforme já mencionado. Todavia, há uma conexão interna interligando o acesso ao Pronto Socorro Municipal (PSM), sendo este a porta de entrada às urgências e emergências hospitalares, cujo acesso é pela Av. Marechal Rondon. O PSM encontra-se em reforma desde o ano de 2021²⁰.

¹⁸Contrato de Gestão Hospitalar. Disponível em: <https://transparencia.santarem.pa.gov.br/portal/documentos/contrato-de-gestao-hospitalar-ipg-e-semsafundo-mun-de-saude-c42f293e-da3d-450e-9a4c-4263fe80e6c8>. Acesso em: 28 ago. 2022.

¹⁹Contrato de Gestão Hospitalar nº 105/2020. Disponível em: https://www.institutomaissaude.org.br/downloads/contrato_gestao_105_2020_SEMSA_FMS.pdf. Acesso em: 28 ago. 2022.

²⁰Nova estrutura de urgência e emergência do HMS garante espaço confortável e equipado à população. Disponível em: <https://santarem.pa.gov.br/noticias/saude/nova-estrutura-de-urgencia-e-emergencia-do-hms-garante-espaco-comfortavel-e-equipado-a-populacao688ce8a2-5e08-4e42-8328-55ae33e5125a>. Acesso em: 28 ago. 2022.

4.2 Os Caminhos da Pesquisa

Iniciamos apresentando os dados coletados previamente no TABWIN²¹/SIH²¹, demonstrando a evolução histórica do quantitativo de pacientes internados no Hospital Municipal de Santarém, a saber:

Tabela 1 - Movimento de Autorização de Internação Hospitalar no HMS. Santarém/PA. 2018-2021

CID-10 – Cap. XX	2018	2019	2020	2021	Total
V01-V99 Acidentes de Transporte	599	775	955	576	2.905
W00-W19 Quedas	1.432	969	956	972	4.329

Fonte: TABWIN/SIH (2022)

Por meio da obtenção do montante de 7.234 pacientes registrados no Sistema de Informação de Internação Hospitalar (SIH) do DATASUS²¹, conforme Tabela 1, identificou-se a necessidade de se recorrer ao levantamento aprofundado a fim de obter informações detalhadas da admissão, permanência e alta hospitalar, bem como conhecer o fluxo da regulação do acesso para consultas especializadas, SADT e reabilitação na RAS.

Desta feita, foram percorridos os seguintes caminhos:

- a) Acesso às informações acerca da internação hospitalar por Causas Externas - período de 2019 a 2021 junto ao Hospital Municipal de Santarém - Setor de Faturamento - por meio do sistema SISAIH01²¹;
- b) Acesso às informações dos sujeitos/pacientes selecionados para CID de Acidente de Transporte (V) e Quedas (W) - (amostragem com 95% de confiança, e erro amostral de 5%);
- c) Acesso às informações dos sujeitos/pacientes junto ao Ambulatório Municipal de Especialidades para conhecimento da continuidade do cuidado em rede após a alta hospitalar;
- d) Acesso às informações dos sujeitos/pacientes junto à Secretaria Municipal de Saúde de Santarém para conhecimento do fluxo de regulação da Linha de Cuidado ao Trauma por meio do sistema SISREG²¹;
- e) Consolidação dos dados coletados nos três pontos de coleta da pesquisa em software Excel para integração das informações e posterior análise.

²¹Vide Apêndice A - Notas de Rodapé, p. 130-131.

Os dados coletados estão apresentados na seção 5 deste estudo, por meio de tabelas, quadros e gráficos, de forma que permita a análise da atenção à saúde pública do trauma ortopédico no município de Santarém/PA - período de 2019 a 2021, com enfoque às dimensões do teórico Avedis Donabedian (Tríade Donabedian).

Cumprir destacar que o período estipulado para a realização da pesquisa (2019 a 2021) justifica-se pela forma de organização e acesso às informações junto ao HMS, conforme verificado com o setor de Faturamento, quer seja via sistema de informação, quer sejam via prontuários físicos. Por outro lado, é relevante mencionar que o SISAIH01 oportunizou dados com base no termo “Apresentação” vinculado a uma competência relacionada a mês e ano, iniciando com a Apresentação 02/2019, o que significa que foi apresentada no mês de fevereiro do ano de 2019, porém se refere ao mês antecessor, e assim sucessivamente.

Em atendimento à Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), Lei N°. 13.709/2018, a coleta e análise das informações estão de acordo com o seu Art. 7º “O tratamento de dados pessoais somente poderá ser realizado nas seguintes hipóteses” - Inciso IV: “para a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais” (BRASIL, 2018). Soma-se ainda, o embasamento na Resolução N°. 466/2012 do Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, o que conduziu à manifestação da Plataforma Brasil por meio de Comitê de Ética, que aprovou a pesquisa sob Parecer Consubstanciado do CEP da Universidade Federal do Oeste do Pará - CEP/Ufopa - CAAE: 63795222.3.0000.0171/Parecer N°. 5.843.540. Após obtenção do referido parecer foi realizado o protocolo do mesmo no Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) do Hospital Municipal de Santarém Dr. Alberto Tolentino Sotelo (HMS), no Ambulatório Municipal de Especialidades (vinculado ao HMS) e na Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (Semsu).

Para melhor elucidar os caminhos percorridos na coleta de dados da pesquisa, apresentamos um diagrama por meio da Figura 9.

Figura 9 - Percurso Metodológico da Pesquisa. Santarém/PA. 2023



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

A Figura 9 demonstra a conexão das informações coletadas por meio dos locais e sistemas de informação, tendo o SISAIH01 do Hospital Municipal de Santarém como o norte da recolha de dados. No referido sistema foram selecionados os dados relacionados ao CID 10 - Capítulo XX - Causas Externas de Morbimortalidade (V/W) e as variáveis de dados do paciente com base na idade, sexo, município de residência; informações da internação relacionadas à data da admissão, data e motivo da alta hospitalar; equipe multiprofissional por meio da CBO; informações referentes aos procedimentos clínicos e cirúrgicos, bem como os Serviços de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADTs) realizados e Órtese, Prótese e Material Especial (OPME) utilizados.

Quanto aos fluxos percorridos pelo paciente na rede pública de saúde após a alta hospitalar, estes foram mapeados junto ao Ambulatório Municipal de Especialidades (Consulta pós-operatória em Ortopedia e Traumatologia) e Sistema SISREG (Consultas Especializadas, Exames de Diagnóstico por Imagem e Atendimento em Fisioterapia), objetivando associar a continuidade do cuidado em rede e a reabilitação/fisioterapia ao tratamento do trauma ortopédico.

4.3 Recolha, Construção e Análise de Dados

Partimos da tônica que esta pesquisa se enquadra em uma abordagem quantitativa, que se utiliza de dados secundários, sendo também de natureza aplicada e com características descritivas e exploratórias. Quanto aos procedimentos, trata-se de uma pesquisa documental.

Segundo Gil (2006, p. 28), as pesquisas descritivas “[...] têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. Por outro lado, a pesquisa documental “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa”, salienta (GIL, 2006, p. 51).

O estudo teve como eixo central a coleta de dados por meio do Programa de Apoio à Entrada de Dados da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) do Ministério da Saúde/DATASUS denominado SISAIH01 utilizado pelo Hospital Municipal de Santarém, relacionados à morbimortalidade por Causas Externas - CID 10 - Capítulo XX direcionado para Acidentes de Transporte e Quedas, contendo informações hospitalares assistenciais relacionadas à Linha de Cuidado ao Trauma e adicionais na RAS por meio do Sistema de Regulação Municipal, bem como informações de consultas especializadas de Ortopedia e

Traumatologia no Ambulatório Municipal de Especialidades, todas relacionadas ao período de 2019 a 2021.

O ponto de partida para conhecimento dos elos da produção do cuidado ao trauma foi oportunizada pela admissão e pela alta hospitalar oriundas do SISAIH01, a fim de realizar uma articulação com os demais dados coletados nos outros dois pontos da atenção da Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção à Saúde (RAS), de tal forma que a vinculação entre os dados oriundos de diferentes sistemas de informação contribuiu para o alcance do objetivo geral e, conseqüentemente, com a pergunta norteadora desta pesquisa. Assim, a partir de um dado principal foi complementada e qualificada a informação, utilizando-se de tabulação dos dados das variáveis mapeadas para posterior discussão, na seção 5 desta dissertação.

Para a efetivação da pesquisa, conforme já mencionado, utilizou-se a metodologia de recolha de dados secundários a partir das internações dos pacientes no HMS, não sendo previsto nenhum tipo de abordagem ou ação direta junto aos mesmos.

Após o recebimento do arquivo em Excel do setor de faturamento do HMS contemplando as informações das internações hospitalares do sistema SISAIH01 - CID Causas Externas - período de 2019 a 2021, foi necessário aplicar o recurso da ferramenta Excel denominado “filtro” para selecionar apenas os CIDs das Causas Externas referente à Acidentes de Transporte (V) e Quedas (W), bem como o tempo de internação a partir de três dias, resultando em 3.708 células, das 5.993 existentes, além da identificação da idade, sexo e do município de procedência dos pacientes, dentre outras variáveis.

Visando conhecer o fluxo de pacientes na rede, internados por Acidentes de Transporte ou Quedas, e com base na seleção dos 3.708 sujeitos (resultantes dos filtros supramencionados), cujas informações apresentavam-se dispostas em um arquivo ordenado, utilizou-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5% para calcular uma amostra, computada em 339 pacientes, selecionados por meio dos procedimentos característicos da amostragem sistemática.

De posse desta nova amostra, foi encaminhado a relação desses sujeitos para o Ambulatório Municipal de Especialidades, a fim de continuar com os procedimentos metodológicos da pesquisa, ou seja, conhecer o fluxo do paciente na rede (consultas pós-operatórias/alta hospitalar na especialidade de Traumatologia/Ortopedia). Para disponibilizar as informações necessárias, a Semsu concedeu acesso ao SISREG visando à coleta de dados da amostra em questão, permitindo conhecer o fluxo da regulação ambulatorial (campo consulta de solicitações ambulatoriais) dos pacientes/sujeitos. Por necessidade de delimitação temporal

para realizar esse acompanhamento, optou-se por selecionar pacientes que buscaram os serviços ambulatoriais por meio da Semsa (consultas de especialidade médica, exames de imagem e atendimento em fisioterapia), até seis meses após a alta hospitalar.

Como já elucidado, foi necessário ter acesso às informações mais detalhadas do SISAIH01, por meio do espelho da AIH de cada sujeito, de forma a obter o detalhamento das variáveis sociais elencadas como análise da pesquisa. Nesse sentido, identificou-se que dois sujeitos/pacientes não contemplavam CID de Queda nem Acidente de Transporte, sendo então, excluídos da pesquisa, passando assim, a ser trabalhada com a amostra de 337 pacientes.

Foi possível identificar, ainda, que alguns pacientes e seus respectivos períodos de internação estavam lançados separadamente na planilha oriunda pelo SISAIH01, e conseqüentemente não foram selecionadas pela abordagem estatística sistemática. Isto fez com que fosse necessário checar os espelhos das AIHs e atualizar as informações das variáveis “Tempo de Internação e Motivo da Saída”. Alguns períodos eram sequenciais, todavia estavam lançados na planilha separados, então unificou-se o período na “linha” da planilha que fora selecionada no sorteio. Por outro lado, identificou-se que apenas um sujeito acabou sendo selecionado/sorteado duas vezes, por isso optou-se por não unificar o lançamento uma vez que o período não era sequencial.

Outra informação relevante a pontuar acerca da coleta de dados no SISAIH01 é que só foi possível ter acesso às informações do HMS de internação hospitalar oriundas do período de apresentação no SISAIH01 de 2019 a 2021, todavia identifica-se informações referentes ao ano de 2018 nas Apresentações de 2019 (total de 25 pacientes distribuídos nas Apresentações 02/2019 a 05/2019).

Quanto ao sistema SER, após contato com a profissional da Sepsa responsável pelo sistema em questão a fim de obter detalhamento sobre o acesso às informações para completude do percurso metodológico estimado da pesquisa, obteve-se a explicação que no mês de dezembro do ano de 2021 ocorreu a migração do sistema de gerenciamento de procedimentos ambulatoriais ofertados por unidades de gestão estadual, ou seja, do sistema SISREG passando a partir do referido mês a ser utilizado o sistema denominado SER 2 Ambulatorial.

Cabe salientar que dos 337 sujeitos da amostra apenas oito estão inseridos no período de dezembro de 2021, e identificou-se que somente um ainda havia sido registrado no sistema SISREG.

Por se considerar que o mês de dezembro foi um mês de adaptação de implementação e parametrização dos dados do SISREG para o SER 2, e ainda, pelo baixo

quantitativo de sujeitos da amostra neste período, optou-se por não realizar a pesquisa no sistema SER 2.

Apresentamos a Matriz das Dimensões da Coleta de Dados com intuito de Análise do Fluxo da Linha de Cuidado ao Trauma (RUE e RAS):

Quadro 4 - Dimensões da Coleta de Dados da Pesquisa. Santarém/PA. 2023

Local da Informação	Sistema de Informação	Evidência Estatística
Hospital Municipal de Santarém	Sistema SISAIH01	-Oferta/Disponibilidade de atendimento na Linha de Cuidado ao Trauma (Quantitativo e tipos de Leitos Hospitalares; Relação das internações, procedimentos e consultas/avaliação por CID; Assistência Multiprofissional; Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; Tempo de Permanência e Motivo da Alta Hospitalar
Ambulatório Municipal de Especialidades	Sistema Manual de Prontuário dos Pacientes	-Consulta Especializada Traumatológica
Secretaria Municipal de Saúde de Santarém	Sistema SISREG	-Agendamento de procedimentos ambulatoriais junto a RAS (Consultas Médicas Especializadas; Atendimento em Fisioterapia e Exames de Diagnóstico por Imagem)

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Para a análise dos dados coletados, contemplou-se ainda, as variáveis sociais de sexo, idade, município, de forma a conhecer (neste caso) o perfil demográfico do sujeito da pesquisa/usuário do SUS. Por meio dos dados elencados na matriz ilustrada no Quadro 4 foi possível conhecer a incidência do trauma ortopédico, a disponibilidade dos serviços intra-hospitalar e a continuidade do cuidado em rede. Utilizou-se como recurso de consolidação e tratamento dos dados e informações o software Excel 2010 e o software estatístico MINITAB versão 18, sob a ótica das medidas descritivas.

A integração da coleta dos dados, oportunizada pelo caminho metodológico estabelecido por esta pesquisa resultou em um diagnóstico situacional da disponibilidade de serviços na atenção à Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Urgências e Emergências por meio do seu componente “Atenção Hospitalar”, bem como agregou os fluxos regulatórios para a continuidade do cuidado junto à Rede de Atenção à Saúde por meio da “Regulação do Acesso”.

Diante do exposto, objetiva-se promover uma análise destes “elos” assistenciais e regulatórios da Linha de Cuidado ao Trauma. Nesta perspectiva, optou-se pelo referencial

teórico de Avedis Donabedian²², haja vista a sua relevante literatura e aplicabilidade na avaliação da qualidade em saúde. Embora a “avaliação da qualidade” não seja um fator mapeado neste estudo, ressalta-se que este atributo está implícito no quesito linha de cuidado e requer um olhar para os cuidados sanitários e clínicos da produção do cuidado, e para além da análise dos serviços assistenciais, a qualidade dos serviços de saúde é uma premissa inerente ao princípio fundamental do SUS - a integralidade. Sendo assim, a Tríade Donabediana de “Estrutura, Processo e Resultado” será a referência para a construção de uma Matriz Avaliativa.

Na obra de Portela (2000), inserida no contexto da Avaliação em Saúde sob os referencias de Donabedian (1980) e Reis (1995), observa-se as abordagens analíticas de construção de indicador, que irão resultar em indicadores de qualidade em saúde baseados em critérios analíticos, denominados de padrão e referente. Assim, “[...] indicadores de qualidade em saúde correspondem a critérios para a avaliação da qualidade da assistência à saúde a uma população, seja em termos de procedimentos específicos ou de uma rede de serviços” (PORTELA, 2000, p. 260).

Neste ínterim, Donabedian; Reis (1980, 1995) citado por Portela (2000, p. 261-262):

[...] Padrão. Esse conceito se refere a um valor especificado para distinguir a qualidade de práticas, ou de serviços de saúde, em aceitável ou não, à luz de um certo indicador; A definição do referente, em um **processo de Avaliação em Saúde**, garante a construção de categorias homogêneas e replicáveis, com base nas quais tecnologias, ou serviços de saúde, **podem ser comparados, em locais e momentos diversos** (Donabedian, 1980b, Reis, 1995). Essas categorias costumam ser estabelecidas segundo características diagnósticas/clínicas, podendo também levar em conta características demográficas, geográficas ou culturais da população. O uso de um **referente** reduz o grau de incerteza na consideração de indicadores e padrões de qualidade da assistência [...]; [...] O referente serve, portanto, de contexto da avaliação e de garantia de coisas diferentes não serem tratadas como iguais. (PORTELA, 2000, p. 261-262, grifo nosso).

A seguir, apresentamos as Matrizes Avaliativas referentes à coleta de dados com base nas dimensões da Tríade de Donabedian.

O Quadro 5 apresenta a Matriz Avaliativa nas dimensões de Processo, Estrutura e Resultado direcionadas para alguns pontos avaliativos do Hospital Municipal de Santarém enquanto equipamento de nível de atenção secundária no SUS e pertencente à RUE, bem como a sua relação com a Linha de Cuidado ao Trauma.

²²Vide Apêndice A - Notas de Rodapé, p. 130.

Quadro 5 - Matriz Avaliativa nas dimensões da Tríade Donabediana. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

ESTRUTURA²³ (Perguntas avaliativas)	PROCESSO²⁴ (Perguntas avaliativas)	RESULTADO²⁵ (Indicadores)
<p>-A estrutura do Componente Hospitalar PSM/HMS contribuiu com a Linha de Cuidado ao Trauma?</p> <p>-Os setores de Urgência e Emergência e o Hospitalar (Ortopedia-Traumatologia) atendem as normativas da Linha de Cuidado ao Trauma?</p>	<p>-No decorrer da assistência ao paciente houve participação de equipe multiprofissional?</p> <p>-Ocorreu disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) aos pacientes que fecharam critérios para atendimentos voltados à Linha de Cuidado ao Trauma?</p> <p>-Que tipos de procedimentos foram ofertados para o cuidado Traumato-ortopédico?</p> <p>-Houve acesso à regulação dos pacientes para outro estabelecimento de assistência à saúde que compõe a rede?</p>	<p>-Disponibilidade de Leito Traumato-ortopédico;</p> <p>-Nº de Internações por CID de Acidentes de Transporte e Quedas;</p> <p>-Efetividade de Consulta/Avaliação em Paciente Internado pelo Período de Internação por CID;</p> <p>-Perfil de Formação da Equipe Multiprofissional (CBO);</p> <p>-Oferta/Disponibilidade de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) e Órtese, Prótese e Material Especial (OPME);</p> <p>-Percentual de Procedimentos (Clínico/Cirúrgico) por CID;</p> <p>-Tempo/Média de Permanência Hospitalar;</p> <p>-Taxa de Saídas Hospitalares por CID.</p>

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

O Quadro 6 apresenta a Matriz Avaliativa nas dimensões de Processo, Estrutura e Resultado sendo possível perceber, quanto ao Ambulatório Municipal de Especialidades, questões relacionadas à efetividade do seu funcionamento enquanto equipamento de nível secundário no SUS e a sua relação com a Linha de Cuidado ao Trauma.

A recolha de dados junto ao Ambulatório Municipal de Especialidades oportunizou conhecer o fluxo do atendimento do paciente vítima de acidente de transporte e queda para consulta especializada na área Traumato-ortopédica após a sua alta do Hospital Municipal de Santarém. Há um protocolo empírico (no sentido de não descrição de fluxo oficial em manuais e sim de senso comum de comunicação da equipe assistencial de enfermagem), pelo qual todo paciente recebe o seu “resumo de alta” e em torno de 20 dias deve procurar o Ambulatório de

²³Conforme Ministério da Saúde (2021, p. 90): Avaliação de estrutura: diz respeito a metas, objetivos e indicadores relacionados a recursos humanos, físicos e financeiros;

²⁴Conforme Ministério da Saúde (2021, p. 90): Avaliação de processos: refere-se às ações, programas e serviços ofertados no campo assistencial, portanto, normalmente associada a indicadores relacionados aos processos de interação entre as equipes de saúde e os usuários;

²⁵Conforme Ministério da Saúde (2021, p. 90): Avaliação de resultados: Corresponde à análise do estado de saúde da população.

*Disponível em: https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf. Acesso em: 24 maio 2023.

Especialidades para agendar uma “Consulta Pós-Operatória” com o Médico Ortopedista-traumatologista.

Quadro 6 - Matriz Avaliativa nas dimensões da Tríade Donabediana. Ambulatório Municipal de Especialidades - Santarém/PA. 2019 a 2021

Estrutura (Pergunta Avaliativa)	Processo (Perguntas Avaliativas)	Resultado (Indicadores)
-O Ambulatório Municipal de Especialidades caracteriza-se como um componente da RAS de atenção à Linha de Cuidado ao Trauma?	-De que forma Ambulatório Municipal se organiza para atendimento das consultas especializadas Traumatológico-ortopédica?	-Nº de Consultas Especializadas Traumatológico-ortopédica por CID de Acidentes de Transporte e Quedas.

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Nesse sentido, foi encaminhada a listagem dos pacientes/sujeitos da amostra da pesquisa à supervisão do referido setor obtendo-se a informação de que apenas doze sujeitos/pacientes compareceram ao Ambulatório Municipal de Especialidades para consulta na especialidade de Ortopedia/Traumatologia. Para chegar a este quantitativo, a equipe administrativa e de enfermagem realizou busca ativa diretamente nos prontuários físicos do setor (15.700), pois o setor não possui sistema de prontuário eletrônico.

Quadro 7 - Matriz Avaliativa nas dimensões da Tríade Donabediana. Semsu - Santarém/PA. 2019 a 2021

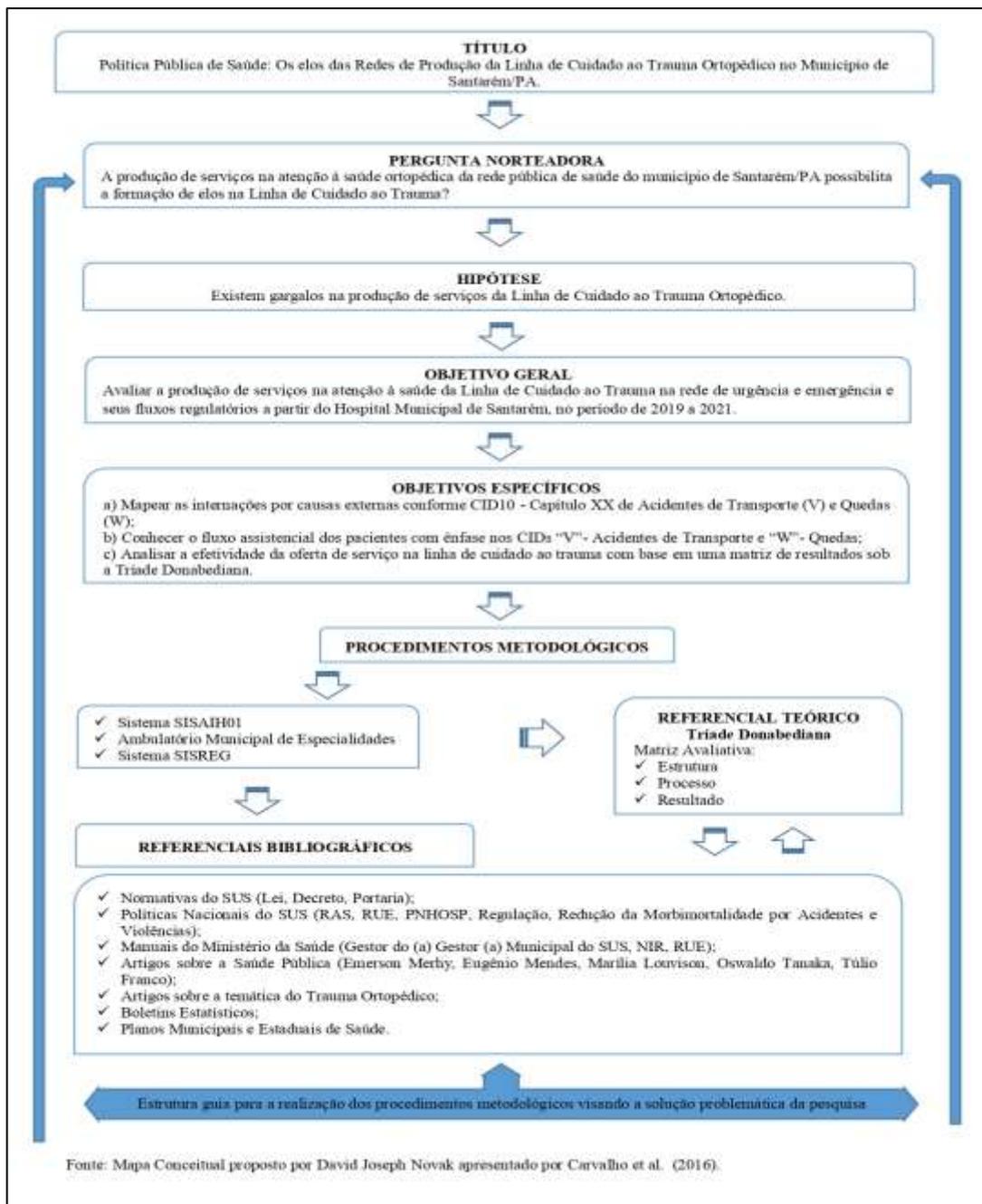
Estrutura (Pergunta Avaliativa)	Processo (Pergunta Avaliativa)	Resultado (Indicadores)
-A operacionalização do SISREG contempla a regulação do acesso à procedimentos ambulatoriais (Consultas e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico-SADT) na RAS com ênfase na Linha do Cuidado ao Trauma?	-Foram disponibilizados agendamentos de Consultas Especializadas Traumatológico-ortopédica, reabilitação/fisioterapia e exames visando a continuidade do cuidado ao trauma ortopédico na RAS?	-Perfil da Consulta Especializada Ambulatorial; -Oferta/Disponibilidade de Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT); -Agendamento para Atendimento de Reabilitação/Fisioterapia.

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

O Quadro 7 demonstra as perspectivas da Tríade de Donabedian sob a ótica da avaliação oriunda do SISREG, sendo este um sistema operacional de gestão da regulação do acesso municipal às consultas especializadas, exames de imagem e reabilitação, tendo como base a Linha de Cuidado ao Trauma Ortopédico dos pacientes/sujeitos da amostra após a sua alta hospitalar do HMS, ou seja, a continuidade da assistência na RAS.

No intento de consolidar as informações relacionadas ao percurso metodológico, elaborou-se um Mapa Conceitual orientador da pesquisa conforme apresenta Carvalho et al. (2016) baseado nos estudos de David Joseph Novak. Nesta direção, “O uso dos MC pode servir como um guia para ajudar os estudantes a organizar e integrar informações, avaliar o conhecimento existente, obter insights sobre conhecimentos novos e existentes [...] (CARVALHO et al., 2016, p. 339).

Figura 10 - Mapa Conceitual Metodológico da Pesquisa. Santarém/PA. 2023



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

5 ACESSO À LINHA DE CUIDADO AO TRAUMA SOB A TRÍADE DE DONABEDIAN: UM ESTUDO NA CIDADE DE SANTARÉM/PA

Esta seção aborda os indicadores e as discussões acerca dos resultados alcançados, por meio do desenvolvimento desta pesquisa, correlacionando diversificadas bibliografias inerentes ao SUS acerca do trauma ortopédico ocasionado por Acidentes de Transporte e Quedas, dentre outros documentos legais, de forma a contemplar as respostas ao objetivo geral e específicos, bem como à hipótese levantada no início dos estudos e pergunta norteadora do mesmo. Inspirada no campo teórico da avaliação da qualidade em saúde, por meio do modelo proposto por Avedis Donabedian (Tríade Donabediana), elegeram-se indicadores aos quais serão paralelamente discutidos baseados nos seus respectivos locais de recolha de dados/caminho da pesquisa (HMS/SISAIH01, Ambulatório Municipal de Especialidades/Prontuários e Semsu/SISREG).

Busca-se ainda, inclinar questionamentos à implementação da política pública de saúde do trauma ortopédico no município de Santarém/PA. Contudo, a tônica avaliativa se contempla na preocupação e anseio por melhorias para a sociedade, haja vista a necessidade de convergência de foco e priorização de implementação de ações preventivas e de promoção à saúde, não apenas na direção de fluxos e continuidade de tratamentos para a melhoria da qualidade de vida, mencionada nas normativas como “integralidade do cuidado”.

Assim, objetivando o conhecimento prévio do cenário de internações no Hospital Municipal de Santarém Dr. Alberto Tolentino Sotelo com enfoque nas Causas Externas no período de 2018 a 2021, apresentamos, por meio da Tabela 2, a série histórica de atendimento/internação hospitalar, elencadas conforme a CID-10/Categoria XX.

Tabela 2 - Internação Hospitalar conforme CID 10 - CAP. XX, HMS. Santarém/PA. 2018 a 2021

Causas Externas de Morbimortalidade - CID-10/Categoria	2018	2019	2020	2021	Total
Acidentes de transporte (V01-V99)	599	775	955	576	2.905
Quedas (W00-W19)	1.432	969	956	972	4.329
Afogamento e submersão acidentais (W65-W74)	0	0	1	1	2
Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas (X00-X09)	0	8	6	13	27
Envenenamento, intoxicação por ou exposição a substâncias nocivas (X40-X49)	0	0	1	2	3
Lesões autoprovocadas voluntariamente (X60-X84)	3	0	1	4	8
Agressões (X85-Y09)	99	243	164	135	641
Todas das outras causas externas (W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y10-Y89)	140	424	443	554	1.561
Total Geral	2.273	2.419	2.527	2.257	9.476

Fonte: TABWIN/SIH (2022)

A Tabela 2 demonstra a soma dos quantitativos das internações por Causas Externas de Morbidade e Mortalidade Hospitalar estabelecido após consolidação das categorias, realizadas por meio da tabela em Excel oriunda do sistema de informação hospitalares do TABWIN/SIH - Movimento de Autorização de Internação Hospitalar - CID Secundário.

Por meio da referenciada série histórica, foi possível perceber que as causas da CID Secundária “Acidentes de Transporte” e “Quedas” correspondem ao maior dado de internações hospitalares (76,3%) quando comparadas às demais categorias, motivo pelo qual optou-se por desenvolver essa dissertação.

Quando comparamos os resultados coletados referentes à incidência do trauma ortopédico, no período de 2018 a 2021, ao estudo realizado na mesma unidade hospitalar por Sousa e colaboradores (2017), percebe-se que houve maior frequência da CID do trauma relacionado ao acidente de transporte (no referido artigo, usa-se o termo acidente de trânsito), seguido pela causa de queda, ou seja, há uma inversão no padrão de CID, comparando-se à coleta de dados de 2018 a 2021. Todavia, as referidas causas externas/traumas permanecem em destaque com relação às demais.

Vejamos a partir das próximas subseções os indicadores específicos da pesquisa aos quais estão apresentados tendo como base a população (Indicador 5.1) e com base na amostra (Indicadores subsequentes).

5.1 Indicadores Relacionados ao Perfil Social da Pesquisa

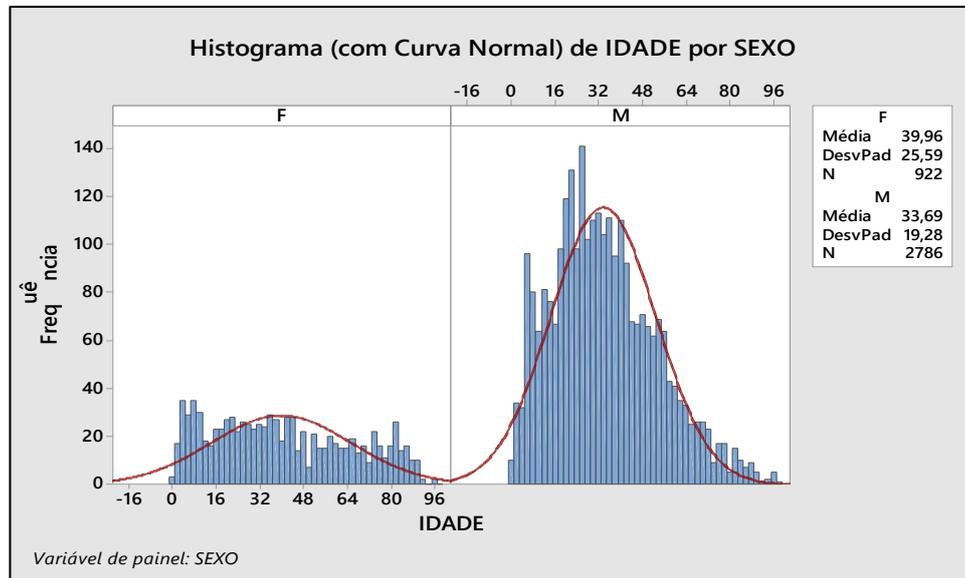
Conhecer o perfil social dos pacientes internados no HMS, no período de estudo, é importante como diagnóstico do usuário, como estratégia de planejamento interno, visando (re) adequação de espaços, pessoal e procedimentos, mas também de planejamento externo, com a possibilidade de ações educativas específicas a públicos específicos, visando reduzir determinadas causas de internação, e buscando otimizar o uso dos recursos disponíveis.

A apresentação de resultados é iniciada com informações acerca do sexo dos pacientes hospitalizados no HMS, no período de 2019 a 2021, cuja síntese pode ser visualizada no Gráfico 1.

Na sequência, serão apresentados o perfil social dos sujeitos/pacientes deste estudo tendo como referenciais os 3.708 pacientes, objetivando elucidar a morbidade hospitalar em

decorrência de Acidentes de Transporte e Quedas, conforme o sexo, a idade e o município de origem.

Gráfico 1 - Sexo dos pacientes internados no HMS por Acidentes de Transportes e Quedas - População 3.708 pacientes. Santarém/PA. 2019 a 2021



Fonte: SISAIH01 (2023)

O Gráfico 1 mostra que, dos 3.708 pacientes internados por Acidente de Transporte e Queda, a maioria (75,2%) é do sexo masculino e apresenta idade média de aproximadamente 34 anos, com idades variando de 0 a 97 anos, e uma certa assimetria positiva, com maior concentração de pacientes em idades abaixo de 30 anos, grupo considerado mais jovem. Este comportamento se mostra diferente nas ocorrências do sexo feminino, que apresenta idade média mais elevada (aproximadamente 40 anos), com distribuição de ocorrências mais distribuídas no intervalo de 0 a 96 anos (platicurticidade).

Mencionamos, de forma comparativa, o estudo de Santos et al. (2016) realizado em um hospital de urgência em nível nacional acerca do perfil epidemiológico do trauma ortopédico. Neste, houve maior incidência de pacientes hospitalizados do sexo masculino 81,0% (n=1.126) quando comparado ao sexo feminino 21,0% (n=264). A idade está apresentada de forma global, incluindo ambos os sexos, em que se percebe maior incidência em adultos jovens cujas idades compreendem entre 18 e 38 anos 61,9% (n=861) seguida das idades entre 39 e 59 anos 26,0% (n=361). Outro aspecto pertinente desta relação comparativa insere-se na categoria da CID, havendo maior ocorrência de acidente de trânsito (60,2% - n=836) seguido de quedas (17,9% - n=249).

Pontua-se, ainda, que as informações apresentadas foram coletadas no Hospital de Urgências de Teresina Professor Zenon Rocha (HUT) - estado do Piauí, no período de setembro de 2011 a fevereiro de 2012, tendo como referência o Capítulo XIX da CID-10: Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de Causas Externas.

Dando continuidade na apresentação do perfil social, apresentaremos por meio do Quadro 8, a origem dos municípios dos pacientes da pesquisa.

Quadro 8 - Municípios de origem dos pacientes internados. População 3.708 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

Município	Quantidade	Percentual
9ª Regional de Saúde do Estado do Pará		
Santarém	2222	59,92
Itaituba	292	7,87
Monte Alegre	253	6,82
Alenquer	114	3,07
Prainha	110	2,97
Juruti	97	2,62
Belterra	83	2,24
Placas	82	2,21
Rurópolis	80	2,16
Óbidos	63	1,70
Oriximiná	59	1,59
Mojú dos Campos	52	1,40
Novo Progresso	39	1,05
Almeirim	31	0,84
Trairão	30	0,81
Jacareacanga	29	0,78
Curuá	22	0,59
Terra Santa	15	0,40
Aveiro	8	0,22
Subtotal	3.681	99,26
Outros Municípios do Estado do Pará		
Uruará	4	0,11
Belém	2	0,05
Anapu	1	0,03
Marituba	1	0,03
Mojú	1	0,03
Santarém Novo	1	0,03
Tucumã	1	0,03
Tucuruí	1	0,03
Vitória do Xingu	1	0,03
Subtotal	13	0,37
Outros Municípios/Estados do Brasil		
Manaus/AM	4	0,11

Ulianópolis/SP	2	0,05
Codó/RN	1	0,03
Extremoz/RN	1	0,03
Guarulhos/SP	1	0,03
Lagoa do Mato/MA	1	0,03
Nova Araçá/RS	1	0,03
Presidente Venceslau/SP	1	0,03
Rio de Janeiro/RJ	1	0,03
União do Sul/MT	1	0,03
Subtotal	14	0,40
Total Geral	3.708	100,00

Fonte: SISAIH01 (2023)

Diante do Quadro 8 é perceptível que as internações no HMS estão em consonância com a sua abrangência e baseado na 9ª Regional de Saúde do Estado do Pará, cujo total de procedência dos pacientes corresponde a 99,3% quando comparamos aos outros atendimentos tanto de municípios do estado do Pará quando de outras unidades de federação brasileira, 0,7%, o que comprova a universalidade do SUS, não discriminando assim os atendimentos às necessidades de saúde de todos os cidadãos.

A universalidade é um dos princípios do SUS, previsto na Lei Nº 8.080/1990 onde se entende que a saúde é um direito de todos. É nesse contexto que as unidades hospitalares públicas devem estar enquadradas, sendo esperado que as mesmas desenvolvam suas atividades como unidades de portas abertas e/ou de acesso regulado.

Para tanto, é provável que as internações de pacientes oriundos de municípios ou estados externos à 9ª Regional de Saúde do Estado do Pará, estejam relacionadas a pacientes em trânsito, seja como turistas ou como trabalhadores em atividade, já que o município de Santarém é uma cidade em desenvolvimento econômico tanto no âmbito empresarial quanto turístico, tornando-se atrativa à população. Neste sentido, acredita-se que por se considerar que Santarém é uma cidade turística e também polo comercial, pode ser que haja esta relação com a demanda espontânea hospitalar, pois não houve pesquisa se estes casos foram referenciados via Sistema de Regulação do NIR.

Pontua-se que o segundo maior indicador de internação foi proveniente de pacientes originários do município de Itaituba, porém o mesmo possui um hospital de referência regional, já citado nesta dissertação. O Hospital Regional do Tapajós (HRT) teve sua inauguração no segundo semestre do ano de 2020, O processo de atendimentos inicial ocorreu de forma reduzida e direcionado para atendimento da Covid-19 (G1, 2020).

Na direção deste estudo de mestrado, foi possível conhecer o perfil social dos sujeitos/pacientes com base nas variáveis sexo, idade e município de origem.

Por meio do Software MINITAB, realizou-se o Gráfico 1, sendo visualizado por meio do histograma que há maior incidência de internações hospitalares da CID de Acidente de Transporte e Queda por pacientes do sexo masculino quando comparado como os pacientes de sexo feminino. Quando realizada a comparação das idades, nota-se que em ambos os sexos há um alto desvio padrão, o que nos leva a optar pela mediana das idades. Portanto, a idade mediana dos pacientes do sexo masculino é de 31 anos, e de 37 anos para os pacientes de sexo feminino.

A partir de agora, a apresentação dos resultados e as respectivas discussões baseiam-se nos indicadores traçados e inseridos nas perspectivas da Tríade de Donabedian, conforme os pontos de coleta de dados desta dissertação.

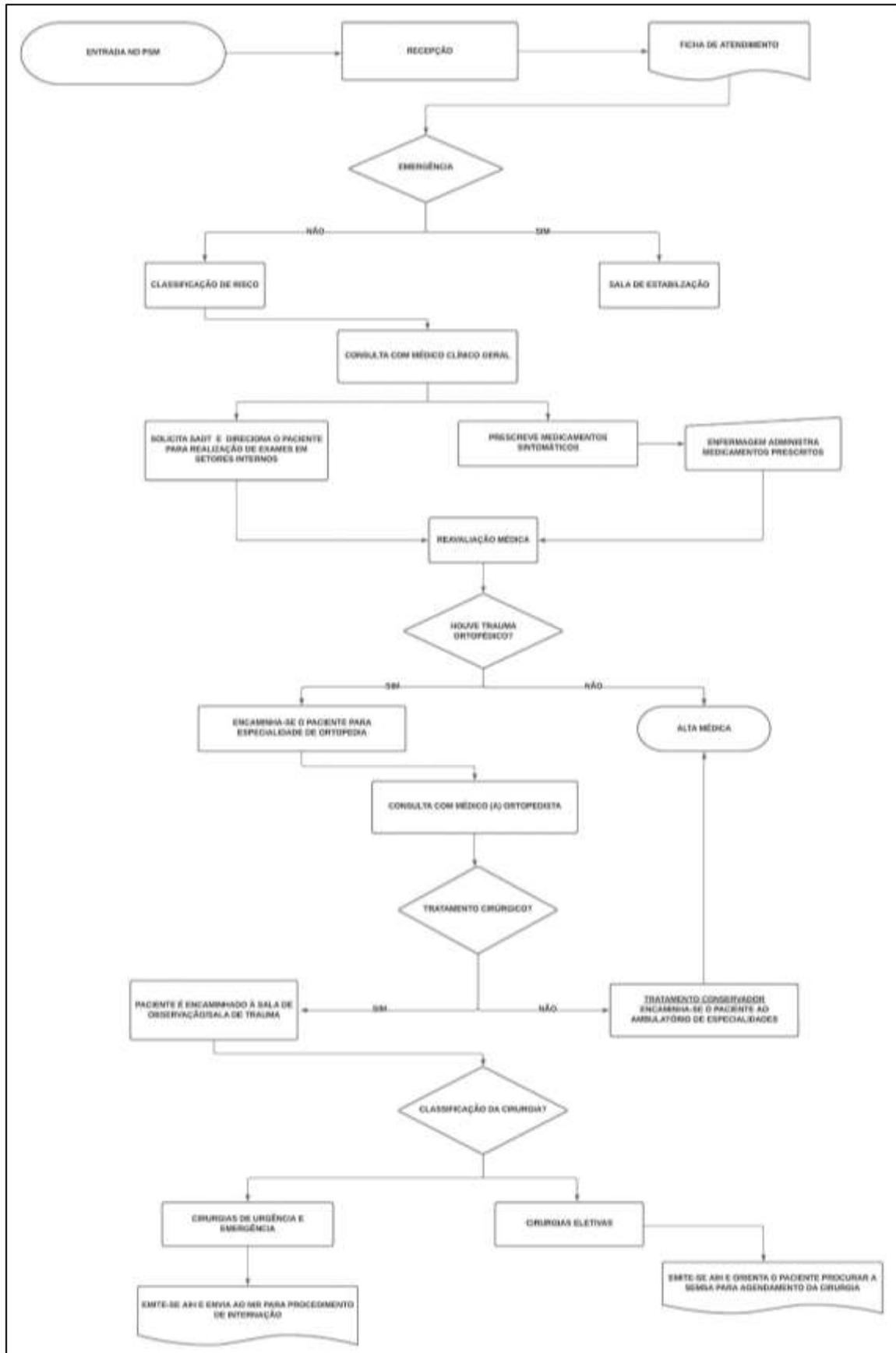
5.2 Indicadores de Resultados do Hospital Municipal de Santarém

Considerando a magnitude dos dados coletados e a importância das informações atreladas a eles, inserimos nesta subseção oito indicadores que servem para apresentar os resultados dos objetivos metodológicos almejados neste estudo baseados na amostra de 337 pacientes, inclusive vinculados ao eixo “Resultado” da Tríade Donabediana.

Dentre os indicadores relacionados à assistência hospitalar, citamos a abordagem de leitos Traumato-ortopédicos; as relações das internações por CIDs de Acidentes de Transporte e Quedas; a efetividade das consultas/avaliação dos pacientes; formação da equipe multiprofissional; realização/utilização de SADT e OPME; relação de procedimentos realizados dentro da classificação cirúrgica e clínica; o tempo de permanência e motivo da alta hospitalar, bem como a análise de atendimento do HMS às normativas da Linha de Cuidado ao Trauma.

Antes de abordarmos os indicadores supracitados, trazemos uma visão sistêmica do funcionamento do atendimento ao trauma no HMS, fundamentada na vivência profissional da pesquisadora nesse hospital, no período de 2018 a 2019, o que permitiu a elaboração do fluxograma demonstrado na Figura 11, utilizado para elucidar os processos de atendimento assistencial a partir do Pronto Socorro Municipal.

Figura 11 - Fluxograma do Atendimento ao Trauma Ortopédico no PSM/HMS. 2018-2019



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

5.2.1 Indicador de Disponibilidade de Leitos Traumatológico-ortopédicos

O número de leitos disponíveis para internação em uma unidade hospitalar pode ser caracterizado no âmbito do indicador “Recursos”, por medir dentre outros, a oferta de recursos físicos para atendimento às necessidades básicas de saúde da população em uma área geográfica específica.

A apresentação do indicador relacionado à disponibilidade de leitos está baseada nas informações contidas no CNES (2023) do HMS, e são detalhadas na Tabela 3, distribuídos no setor de Urgência e Emergência e no setor de Leitos Hospitalares.

Tabela 3 - Detalhamento de Leitos da Urgência e Emergência e Hospitalar do HMS. Santarém/PA. 2023

Urgência e Emergência		Hospitalar-Leitos	
Tipo de Leito	Quantidade	Tipo de Leito	Quantidade
Sala Repouso/Observação - Masculino	29	UTI Adulto - Tipo II	14
Sala Repouso/Observação - Feminino	29	Buco-Maxilo-Facial	2
Sala Repouso/Observação – Indiferenciado	14	Ortopedia-Traumatologia	30
Sala de Atendimento a Paciente Crítico/Sala de Estabilização	7	Cirurgia Geral	13

Fonte: CNES, adaptado pela autora (2023)

As informações apresentadas na Tabela 3 são oriundas do CNES e, portanto, informações oficiais. Entretanto, sabe-se pela vivência da pesquisadora no ambiente da pesquisa, que existem “dez” leitos destinados a atendimento de Trauma no setor de Urgência e Emergência do PSM, embora essa informação não conste no CNES, não sendo possível constatar se esses leitos já se encontram contemplados nos leitos descritos na Tabela 3.

Diante dessas informações, fica evidente que tanto a estrutura do Pronto Socorro Municipal quanto a do Hospital Municipal de Santarém possuem leitos para atendimento da especialidade ortopédica na Rede de Urgência e Emergência (RUE), não sendo mensurado neste estudo, se o quantitativo de leitos é suficiente para as demandas deste complexo hospitalar cuja abrangência é regionalizada (20 municípios).

Pontua-se ainda, a dificuldade encontrada para fazer uma análise da relação de leitos para a assistência aos pacientes de trauma. Primeiro pelo fato de não existir registros no âmbito virtual dos relatórios da OSS Instituto Panamericano de Gestão (IPG), sendo que a mesma era responsável pela gestão do HMS no período de março de 2018 a agosto de 2020.

Segundo, porque ao acessar o sítio/portal da transparência da Instituto Mais Saúde (2023), sendo esta a Organização Social de Saúde substituta da OSS IPG, no tópico “Relatórios de Desempenho Quadrimestrais da Comissão de Avaliação e Fiscalização” percebe-se que os relatórios quadrimestrais de Metas e Indicadores emitidos pela Comissão de Avaliação e Fiscalização da Secretaria Municipal de Saúde com base no Contrato de Gestão 105/2020 divergem os quantitativos e tipos de leitos, como por exemplo no Relatório de Desempenho do 3º Quadrimestre de 2020 - Setembro a Dezembro/2020, onde a TABELA XII - Indicadores operacionais segundo as clínicas descreve desta forma: Clínica Cirúrgica com 58 leitos; Clínica Obstétrica com 42 leitos; Clínica Médica com 37 leitos e a Clínica Pediátrica, com 26 leitos (SEMSA, 2020).

Já no Relatório 1º Quadrimestre de 2021 - Janeiro a Abril/2021: Clínica Cirúrgica com 37 leitos; a Clínica Obstétrica com 50 leitos; a Clínica Médica com 22 leitos e a Clínica Pediátrica com 26 leitos, UCI com 11 leitos e UTI com 7 leitos (SEMSA, 2021). O relatório do segundo quadrimestre de 2021 - maio a agosto/2021 apresenta-se assim: Clínica Cirúrgica com 40 leitos; a Clínica Obstétrica com 47,5 leitos; a Clínica Médica com 23,5 leitos e a Clínica Pediátrica com 22,5 leitos, UCI com 11,2 leitos e UTI com 7 leitos (SEMSA, 2021). Não foi possível identificar os nomes das clínicas na Tabela XI - Indicadores operacionais segundo as clínicas. HMS, Setembro a Dezembro de 2021 porque encontram-se ilegíveis.

Por fim, chamam a atenção algumas conclusões e recomendações existentes no Relatório de Desempenho do 3º Quadrimestre 2021 da CAF, a saber:

1. Indicadores Operacionais - Os parâmetros continuam em desacordo com metas preconizadas no contrato de gestão, portanto, precisam ser ajustadas através de informações registradas em todos os setores. As informações corretas e oportunas facilitam as avaliações, assim como o planejamento e o monitoramento das ações e serviços, permitindo adequações ágeis eficazes. Treinamento em áreas específicas são necessários para o gerenciamento e a operacionalização do serviço.
5. NIR - Há necessidade de organização do setor, contratação de mais profissionais, principalmente administrativos, 1 assistente social e 1 psicólogo, inclusive para os finais de semana, para que possam otimizar o serviço. Também há a necessidade de veicular uma capacitação e/ou orientação com todos os profissionais do HMS para que todos saibam como funciona os serviços de Regulação e como preencher adequadamente os formulários necessários do setor.
6. Que os profissionais médicos, ao pedir transferência de pacientes, preencham a AIH corretamente, com todos os dados necessários para agilizar o cadastro no sistema de regulação (SEMSA, 2022, p. 22-23).

Menciona-se, ainda, a reportagem veiculada no site da Prefeitura Municipal de Santarém acerca da inauguração da primeira fase da reforma do Pronto Socorro Municipal, ocorrida em 04 de agosto do ano de 2021. A matéria contempla o seguinte título: Nova estrutura de urgência e emergência do HMS garante espaço confortável e equipado à população,

destacando que “O HMS tem 200 leitos para internação, desses 47 são do PSM e 153 são divididos nas clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica” (SANTARÉM, 2021). Aqui temos mais uma vez outra divergência no quantitativo de leitos, onde o relatório do 2º trimestre de 2021 da CAF apresenta a soma de 133,5 leitos e não 153 leitos, para as mesmas quatro clínicas.

Figura 12 - Trecho da reportagem sobre a reforma do Pronto Socorro Municipal. Prefeitura de Santarém. 2021

O HMS tem 200 leitos para internação, desses 47 são do PSM e 153 são divididos nas clínicas médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica. A estrutura nova possibilitou com que a gestão da Unidade pudesse efetivar um novo fluxo, garantido leitos para quem precisa ficar internado.

Agora, o Pronto Socorro Municipal recebe somente pacientes com risco iminente de morte e trauma, com toda retaguarda dos médicos especialista e equipe multidisciplinar. Os atendimentos clínicos e com risco moderado estão sendo realizados na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas. Para a diretora geral, Christiane Schuartz, e para o diretor técnico, Dr. Vinicius Savino, o principal objetivo do novo fluxo é evitar a superlotação, concentrando os esforços em oferecer assistência eficiente e ágil para os casos graves.

Fonte: <https://santarem.pa.gov.br/noticias/saude/nova-estrutura-de-urgencia-e-emergencia-do-hms-garante-espaco-confortavel-e-equipado-a-populacao688ce8a2-5e08-4e42-8328-55ae33e5125a>.

Para finalizar a discussão deste tópico sobre indicador de leitos, deixamos duas análises em aberto correlacionadas às mudanças nos quantitativos de leitos visualizadas nos relatórios acessados e mencionados, por não serem estas o foco desta pesquisa e, também, por não haver citação dessa problemática sanitária - a emergência em saúde pública oriunda da pandemia da Covid-19. Assim, questiona-se: Houve implicação nos quantitativos de leitos Traumatológico-ortopédicos ofertados na RUE por conta da Covid-19? O que gerou tanta inconsistência no quantitativo e/ou falta de inclusão de leitos nos relatórios citados como por exemplo os da Sala de Trauma? No que tange ao Setor de Trauma do PSM, vale a pena trazer à tona a reportagem já mencionada na seção Introdução sobre a relevância deste setor no atendimento das urgências e emergências, ao qual corresponde a 35%.

5.2.2 Indicador de Nº de Internações por CID de Acidentes de Transporte e Quedas

O estabelecimento do indicador relativo a internação da população desta pesquisa ocorrida no HMS, no período de 2019 a 2021, direciona-se para as CIDs de Acidentes de Transporte (9 agrupamentos/descrições) e Quedas (11 agrupamentos/descrições), conforme detalhamento apresentado na Tabela 4.

Ao analisarmos o quantitativo de internações por CID, foi possível perceber que a CID de maior incidência foi caracterizada por Quedas, correspondendo a 52,1% dos registros desse estudo.

Tabela 4 - Quantidade de Internações por CID Secundário V e W. População 3.708 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

CID Secundário	Descrição	Contagem	Percentual
V99	Acidente De Transporte Não Especificado	1.745	47,06
V199	Ciclista [Qualquer] Traumatizado Em Um Acidente De Trânsito Não Especificado	19	0,51
V299	Motociclista [Qualquer] Traumatizado Em Um Acidente De Trânsito Não Especificado	3	0,08
V800	Queda Ou Ejeção De Uma Pessoa Montada Em Animal Ou Ocupante De Um Veículo A Tração Animal Em Um Acidente Sem Colisão	2	0,05
V280	Motociclista Traumatizado Em Um Acidente De Transporte Sem Colisão	2	0,05
V298	Motociclista [Qualquer] Traumatizado Em Outros Acidentes De Transporte Especificados	1	0,03
V892	Pessoa Traumatizada Em Um Acidente De Trânsito Com Um Veículo A Motor Não Especificado	1	0,03
V198	Ciclista [Qualquer] Traumatizado Em Outros Acidentes De Transporte Especificados	1	0,03
V119	Ciclista Não Especificado Traumatizado Em Um Acidente De Trânsito	1	0,03
Total CID "V" - Acidentes de Transporte		1.775	47,87
W199	Queda Sem Especificação - Local Não Especificado	1.900	51,24
W149	Queda De Árvore - Local Não Especificado	11	0,30
W148	Queda De Árvore - Outros Locais Especificados	6	0,16
W109	Queda Em Ou De Escadas Ou Degraus - Local Não Especificado	4	0,10
W119	Queda Em Ou De Escada De Mão - Local Não Especificado	3	0,08
W198	Queda Sem Especificação - Outros Locais Especificados	3	0,08
W169	Mergulho Ou Pulo Na Água Causando Outro Traumatismo Que Não Afogamento Ou Submersão - Local Não Especificado	2	0,05
W170	Outras Quedas De Um Nível A Outro - Residência	1	0,03
W129	Queda Em Ou De Um Andaime - Local Não Especificado	1	0,03
W074	Queda De Uma Cadeira - Rua E Estrada	1	0,03
W19	Queda Sem Especificação	1	0,03
Total CID "W" - Quedas		1.933	52,13
Total Geral (CID Secundário V + W)		3.708	100,0

Fonte: SISAIH01 (2023)

Constata-se que na Tabela 4 há muitas descrições genéricas das CIDs, correspondendo a 98,3% dos casos registrados, de modo que não podemos interpretar por meio

da AIH o tipo específico de Acidente de Transporte e de Queda, incorrendo em uma subnotificação, o que requer maior qualificação nas informações para que medidas preventivas da política pública de saúde possam ser implementadas.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências traz em seu bojo o propósito de que “a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 24). Contudo, eleva-se o questionamento de que a maioria da classificação /descrição da CID não está clara e precisa, acreditando-se que tornará menos assertivo o alcance dos objetivos propostos pela referida Política.

Ao se comparar os resultados apresentados na Tabela 4 com estudos anteriores, registra-se que Sousa et al. (2017, p. 65) ao pesquisar sobre as hospitalizações ocasionadas por acidentes de transporte no município de Santarém/Pará, constatou que “a maior parte dos traumas ortopédicos ocorre por acidentes de trânsito, que equivalem a 31,97% (n=188) dos casos; seguido da queda, com 23,30% (n=137)”.

Assim, tendo como base este estudo que ocorreu no ano de 2013, pode-se dizer que, passados oito anos (até 2021), houve uma inversão no cenário dos acidentes traumáticos, ou seja, aumento de internações por Quedas e redução das internações por Acidentes de Trânsito. Questiona-se essa informação com as seguintes análises: Estariam estas informações atreladas às medidas de isolamento social ocorrido pela pandemia da Covid-19, no sentido de menos deslocamento de pessoas (acidentes de trânsito) e aumento de pessoas em suas residências (quedas)? Estaria relacionado ao aumento/envelhecimento da população (quedas)? Ou ainda, as medidas de prevenção e promoção para a redução de acidentes e violências governamentais e de outros atores sociais foram mais efetivas?

5.2.3 Indicador de Efetividade de Consulta/Avaliação em Paciente Internado pelo Período de Internação por CID de Acidentes de Transporte e Quedas

O objetivo deste indicador é fazer uma relação do tempo total de internação do paciente no HMS comparando esse período com a efetividade de assistência médica denominada na AIH por “Consulta/Avaliação em Paciente Internado”. Para esse fim, foi necessário computar o período entre a “Data Internação e a Data Saída” registrada no espelho das AIHs, bem como realizar a somatória das consultas/avaliação (CBO de todas as

especialidades médicas) de cada paciente da amostra, sendo tabuladas para demonstrar esta relação por meio de critérios denominados pela própria autora, conforme Tabelas 5 e 6.

Tabela 5 - Tempo de Internação versus Consulta/Avaliação em Paciente Internado. CID Acidentes de Transporte. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

Categoria	Consultas de Avaliação Durante a Internação	Quantidade de Pacientes
Quantidade de consultas compatível com os dias de internação	Equivalente	93
Quantidade de consultas superior aos dias de internação	4	1
	3	2
	2	6
	1	18
	Subtotal	27
Quantidade de consultas inferior aos dias de internação	33	1
	31	1
	13	1
	4	5
	3	2
	2	7
	1	8
	Subtotal	25
Sem Registro		3
Total		148

Fonte: SISAIH01 (2023)

Os dados da Tabela 5 são referentes à CID de Acidente de Transporte e estão divididos em quatro critérios categóricos de forma a elencar a Consulta/Avaliação em Paciente Internado em “compatível; superior; inferior e sem registro” parametrizadas ao tempo de internação. Esta coluna, denominada “Categoria”, conduz a comparação com a coluna “Consultas de Avaliação Durante a Internação” e, respectivamente, o quantitativo de pacientes, na última coluna. Nota-se que na segunda coluna há o termo “equivalente”, significando que os dias de consulta de internação equivalem-se aos dias de consultas durante esse mesmo período.

Observou-se nesta relação, que 62,84% dos pacientes obtiveram consultas avaliativas equivalentes ao seu período de internação; 18,25% dos pacientes o quantitativo de consultas foi inferior e 16,90% superior, havendo ainda, a ausência de registro de consultas/avaliação em paciente internado em 2,02% da amostra.

Vejamos, a seguir, a mesma perspectiva atribuída à CID de Queda.

Tabela 6 - Tempo de Internação versus Consulta/Avaliação em Paciente Internado. CID Quedas. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

Categoria	Consultas de Avaliação Durante a Internação	Quantidade de Pacientes
Quantidade de consultas compatível com os dias de internação	Equivalente	126
Quantidade de consultas superior aos dias de internação	15	1
	12	1
	7	1
	3	1
	2	3
	1	13
	Subtotal	20
Quantidade de consultas inferior aos dias de internação	30	1
	13	1
	11	1
	10	2
	9	1
	7	1
	6	1
	5	2
	4	1
	3	5
	2	9
	1	17
Subtotal	42	
Sem Registro		1
Total		189

Fonte: SISAIH01 (2023)

Os dados da Tabela 6 são referentes à CID de Queda e também estão divididos em quatro critérios categóricos de forma a elencar a Consulta/Avaliação em Paciente Internado em “compatível; superior; inferior e sem registro” parametrizadas ao tempo de internação.

Observou-se nesta relação, que 66,67% dos pacientes obtiveram consultas avaliativas equivalentes ao seu período de internação; 10,59% dos pacientes o quantitativo de consultas foi inferior e 22,22% superior, havendo ainda, a ausência de registro de consultas/avaliação em paciente internado em 0,53% da amostra analisada.

Outro parâmetro avaliativo nos conduz ao entendimento de que 19,8% dos pacientes, entre os internados por Acidente de transporte e Queda, estão classificados na

categoria “Quantidade de consultas inferior aos dias de internação”, o que se subentende duas possíveis situações: não houve visita médica/consulta em algum dos dias da internação ou não houve registro/carimbo pelo médico no prontuário do paciente. Conforme informações obtidas e experiência profissional, os lançamentos no SISAIH01 pelo setor de faturamento estão atrelados aos carimbos e assinaturas nos prontuários, bem como as cópias dos exames realizados, e lançamentos manuais pela equipe administrativa.

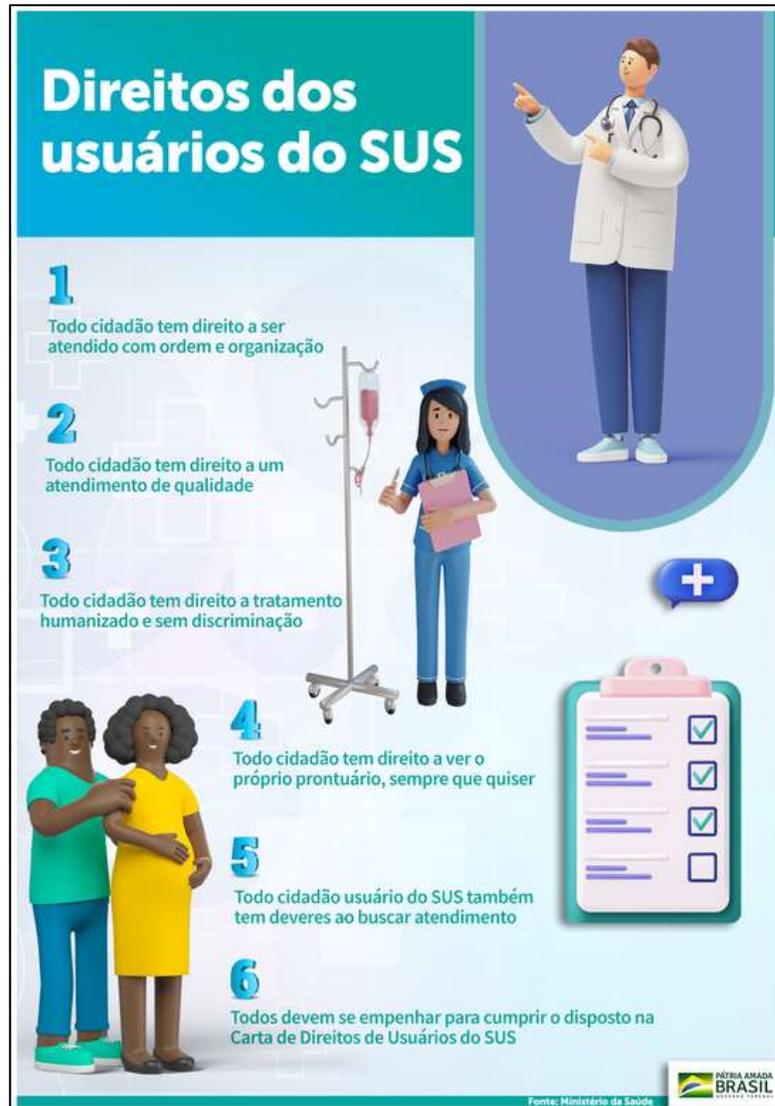
É importante reportar, neste momento, a Portaria N° 1.820/2009 que “Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde”, ao qual constitui-se em uma Carta dos Direitos dos Usuários do SUS. Em seu artigo 3º preconiza que “Toda pessoa tem direito ao tratamento adequado e no tempo certo para resolver o seu problema de saúde” (BRASIL, 2009). Aprofundemos um pouco mais no teor deste artigo, por meio do seu parágrafo único:

Parágrafo único. É direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento, e para isso deve ser assegurado: IV - registro atualizado e legível no prontuário das seguintes informações: a) motivo do atendimento e/ou internação; **b) dados de observação e da evolução clínica**; c) prescrição terapêutica; **d) avaliações dos profissionais da equipe**; e) procedimentos e cuidados de enfermagem; Carta dos direitos dos usuários da saúde 9 f) quando for o caso, procedimentos cirúrgicos e anestésicos, odontológicos, resultados de exames complementares laboratoriais e radiológicos; g) a quantidade de sangue recebida e dados que garantam a qualidade do sangue, como origem, sorologias efetuadas e prazo de validade; h) identificação do responsável pelas anotações; i) outras informações que se fizerem necessárias (BRASIL, 2009, grifo nosso).

Nesta tônica, faz-se necessária a correlação da referenciada Portaria e respectivos incisos destacados com o segundo princípio dos direitos dos usuários ao acesso à sistema de saúde pública e privado inseridos na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde intitulado “Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema” (Ministério da Saúde, 2011, p. 3), assim como junto a Resolução do Conselho Federal de Medicina N° 2.077/2014, cujo artigo 3º dispõe que “Todo paciente que tiver acesso ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência deverá, obrigatoriamente, ser atendido por um médico, não podendo, sob nenhuma justificativa, ser dispensado ou encaminhado a outra unidade de saúde por outro profissional que não o médico” (CFM, 2014, p. 3).

Em suma, fica evidente que os instrumentos normativos supramencionados buscam garantir direitos aos cidadãos quanto à necessidade de assistência médica e, em se tratando da saúde pública, o Ministério da Saúde reforça que “Os usuários do SUS contam com alguns direitos básicos ao usufruir de seus serviços”, direito esse relacionado a um “[...] atendimento de qualidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Figura 13 - Direitos dos usuários do SUS. Brasil



Fonte: Ministério da Saúde (2023)

Por meio da Figura 13, foi possível conhecer os seis direitos dos usuários do SUS, estando correlacionados ao que pautou-se nesta subseção.

5.2.4 Indicador do Perfil de Formação da Equipe Multiprofissional

Os espelhos das AIHs oriundas do SISAIH01 oportunizaram o aprimoramento de detalhamento acerca da equipe multiprofissional envolvida na assistência hospitalar dos sujeitos/pacientes da amostra. O campo CBO presente nas AIHs, apresenta o código dos profissionais que realizaram os atendimentos e que permitiram identificar a denominação da ocupação correspondente a cada código.

É importante mencionar que alguns sujeitos/pacientes receberam assistência/atendimento de mais de uma especialidade. Sendo assim, os Quadros 9 e 10 irão demonstrar o Perfil de Formação/Especialidade da Equipe Multiprofissional assistenciais no HMS, tanto para a categoria “Acidentes de transporte” quanto para “Quedas”.

Quadro 9 - Perfil de Formação da Equipe Multiprofissional. Internações CID Acidentes de Transporte. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

Descrição das CBO (Classificação Brasileira de Ocupação)	Soma	Percentual
Médico Ortopedista e Traumatologista + Médico Anestesiologista	56	37,85
Médico Ortopedista e Traumatologista + Médico Anestesiologista + Médico Clínico	24	16,22
Médico Ortopedista e Traumatologista	19	12,84
Médico Ortopedista e Traumatologista + Médico Clínico	5	3,38
Cirurgião Dentista - Traumatologista Bucomaxilofacial + Médico Anestesiologista + Médico Neurocirurgião	4	2,70
Médico Cirurgião Geral + Médico Clínico	4	2,70
Médico Clínico	4	2,70
Médico Neurocirurgião + Médico Clínico	4	2,70
Cirurgião Dentista - Traumatologista Bucomaxilofacial	3	2,03
Cirurgião Dentista - Traumatologista Bucomaxilofacial + Médico Clínico	3	2,03
Cirurgião Dentista - Traumatologista Bucomaxilofacial + Médico Neurocirurgião	2	1,35
Médico Cirurgião Geral + Médico Anestesiologista + Médico Clínico	2	1,35
Médico em Cirurgia Vascular + Médico Anestesiologista + Médico Clínico	2	1,35
Médico Neurocirurgião	2	1,35
Médico Neurocirurgião + Médico Anestesiologista + Médico Ortopedista e Traumatologista	2	1,35
Cirurgião Dentista - Traumatologista Bucomaxilofacial + Médico Anestesiologista + Médico Clínico	1	0,68
Médico Cirurgião Geral + Médico Anestesiologista + Médico Neurocirurgião	1	0,68
Médico Cirurgião Geral + Médico Anestesiologista + Médico Ortopedista e Traumatologista	1	0,68
Médico Cirurgião Geral + Médico Ortopedista e Traumatologista	1	0,68
Médico Clínico + Médico Cirurgião Geral + Médico Anestesiologista	1	0,68
Médico Clínico + Médico Infectologista + Médico Neurocirurgião	1	0,68
Médico Clínico + Médico Neurocirurgião	1	0,68
Médico Clínico + Médico Ortopedista	1	0,68
Médico Neurocirurgião + Cirurgião Dentista - Traumatologista Bucomaxilofacial	1	0,68
Médico Neurocirurgião + Médico Anestesiologista + Médico Clínico	1	0,68
Médico Neurocirurgião + Médico Cirurgião Geral + Anestesiologista + Médico Clínico	1	0,68
Médico Ortopedista e Traumatologista + Médico Clínico + Médico Anestesiologista	1	0,68
Total Geral	148	100,00

Fonte: SISAIH01 (2023)

Ao se analisar o Quadro 9 visualiza-se maior destaque ao atendimento aos pacientes da CID de Acidente de Transporte pelo Médico Ortopedista e Traumatologista e Médico

Anestesiologista, correspondendo a 56 pacientes da amostra de 148, ou seja, 37,8% dos pacientes foram assistidos por duas especialidades médicas. Já 24 pacientes tiveram três tipos/formação profissional envolvidos em sua assistência, o que corresponde a 16,2% da amostra. Outra evidência está relacionada aos 19 pacientes que tiveram assistência por uma única especialidade médica, resultando em 12,8% da amostra. Ademais, o perfil de formação da equipe multiprofissional é composto de nove especialidades, conforme elucidado no referido quadro.

Aproveitamos para mencionar que dos 148 pacientes, de acordo com o espelho da AIH geradas pelo SISAIH01, 92 foram classificados dentro da especialidade/procedimento Cirúrgico e 56 na especialidade/procedimento Clínico.

Observou-se, ainda, que seis pacientes demandaram uma assistência diferenciada no sentido de leito de UTI e/ou Transfusão de Concentrado de Hemácias, sendo neste último identificado a CBO do profissional Enfermeiro. Portanto, três pacientes estiveram internados na UTI - um classificado como especialidade/procedimento cirúrgico e dois na especialidade/procedimento clínico (todos com Alta Melhorado); um paciente esteve internado na UTI - especialidade/procedimento Cirúrgico e necessitou de Transfusão de Concentrado de Hemácias (teve Alta Melhorado); dois pacientes - um na especialidade/procedimento Cirúrgico e outro na especialidade/procedimento Clínico necessitaram de Transfusão de Concentrado de Hemácias (ambos tiveram Alta Melhorado). Chamou a atenção, dentro da referida amostra, que um paciente teve 41 consultas de avaliação com paciente internado pelo profissional Médico Infectologista.

O Quadro 10 demonstra maior atendimento aos pacientes da CID de Queda pelo Médico Ortopedista e Traumatologista e Médico Anestesiologista, correspondendo a 74 registros dos pacientes analisados, ou seja, 39,2% dos pacientes foram assistidos por essas duas especialidades médicas. Já 39 pacientes tiveram um tipo/formação profissional envolvido na assistência, o que corresponde a 20,6% da amostra. Na sequência, 19 pacientes que tiveram assistência por três especialidades médicas, resultando em 10,1% da amostra. Ademais, o perfil de formação da equipe multiprofissional é composto de dez especialidades, conforme o referido quadro.

Por meio de outra abordagem, quando separamos os profissionais, observamos que a força de trabalho de médicos Ortopedistas e Traumatologistas corresponde a 45% de todo o atendimento realizado no período, seguido pelo médico Anestesiologista e depois pelo Clínico

Geral. Isso pode ser importante para o planejamento hospitalar, no momento de pensar em contratação de pessoal, por exemplo.

Quadro 10 - Perfil de Formação da Equipe Multiprofissional. Internações CID Quedas. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

Descrição das CBO (Classificação Brasileira de Ocupação)	Soma	Percentual
Médico Ortopedista e Traumatologista + Médico Anestesiologista	74	39,15
Médico Ortopedista e Traumatologista	39	20,63
Médico Ortopedista e Traumatologista + Médico Anestesiologista + Médico Clínico	19	10,05
Médico Ortopedista e Traumatologista + Médico Clínico	15	7,94
Médico Clínico	11	5,82
Médico Neurocirurgião + Médico Clínico	6	3,17
Médico Neurocirurgião + Médico Anestesiologista + Médico Clínico	4	2,12
Médico Pediatra	4	2,12
Médico Ortopedista e Traumatologista + Médico Clínico + Médico Anestesiologista	2	1,05
Cirurgião Dentista - Traumatologista Bucomaxilofacial + Médico Anestesiologista + Médico Ortopedista e Traumatologista	1	0,53
Cirurgião Dentista - Traumatologista Bucomaxilofacial + Médico Clínico	1	0,53
Médico Angiologista + Médico Anestesiologista + Médico Cardiologista	1	0,53
Médico Angiologista + Médico Neurocirurgião	1	0,53
Médico Cardiologista + Médico Clínico	1	0,53
Médico Cirurgião Geral + Cirurgião Dentista - Traumatologista Bucomaxilofacial	1	0,53
Médico Cirurgião Geral + Médico Anestesiologista + Médico Clínico	1	0,53
Médico Cirurgião Geral + Médico Clínico	1	0,53
Médico Clínico + Médico Anestesiologista	1	0,53
Médico Clínico + Médico Ortopedista e Traumatologista	1	0,53
Médico Neurocirurgião + Médico Anestesiologista + Médico Ortopedista e Traumatologista	1	0,53
Médico Neurocirurgião + Médico Clínico + Médico Anestesiologista	1	0,53
Médico Neurocirurgião + Médico Pediatra	1	0,53
Médico Ortopedista e Traumatologista + Médico Anestesiologista + Médico em Cirurgia Vascular	1	0,53
Médico Ortopedista e Traumatologista + Médico Pediatra	1	0,53
Total Geral	189	100,00

Fonte: SISAIH01 (2023)

Aproveitamos para mencionar que, dos 189 pacientes, de acordo com o espelho da AIH geradas pelo SISAIH01, 103 foram classificados dentro da especialidade/procedimento Cirúrgico e 86 na especialidade/procedimento Clínico.

Como análise complementar, relata-se que sete pacientes, assim como na CID apresentada anteriormente, demandaram uma assistência diferenciada no sentido de leito de UTI e/ou Transfusão de Concentrado de Hemácias, sendo neste último identificado a CBO do profissional Enfermeiro. Evidenciou-se que seis pacientes estiveram internados na UTI: um classificado como especialidade/procedimento Cirúrgico evoluindo a Óbito; um na

especialidade/procedimento Clínico evoluindo a óbito; dois na especialidade/procedimento Clínico com Alta Melhorado; dois na especialidade/procedimento Cirúrgico que necessitaram de Transfusão de Concentrado de Hemácias (evoluíram a óbito). Houve um paciente na especialidade/procedimento Clínico que necessitou de Transfusão de Concentrado de Hemácias (teve Alta Melhorado).

Diante das informações expostas neste panorama de perfil da equipe multiprofissional, é possível visualizar a importância do HMS enquanto hospital referência na urgência e emergência Traumato-ortopédica e a forma como organiza a assistência na Linha do Cuidado ao Trauma, por meio da equipe multiprofissional, leitos de UTI e Transfusão de Concentrado de Hemácias. Ademais, as CBOs dos Profissionais Médico Pediatra, Médico Angiologista e Médico Cardiologista só foram evidenciados nos pacientes da CID Queda.

Considerando que tanto nos Acidentes de Transporte quanto nas Quedas houve maior envolvimento assistencial do profissional médico Ortopedista e Traumatologista, buscou-se conhecer na literatura específica desta área (Revista Brasileira de Ortopedia) o cenário do trauma ortopédico no Brasil. Por meio de um editorial, Kfuri Júnior (2001) revela a importância da formação do profissional ortopedista e traumatologista no sentido de ampliar suas capacidades técnicas visando às tomadas de decisões nos casos mais complexos, diferenciando-o das aptidões do médico generalista no atendimento do trauma citado.

Apresenta, ainda, a realidade vivenciada pelos ortopedistas no SUS relacionada à falta de vagas e/ou prioridades institucionais, acarretando no tratamento tardio do trauma. Sob esta ótica, “O paciente do trauma ortopédico na rede pública convive com a seguinte realidade: como o seu mal em geral não se associa ao óbito, seu atendimento tende a ser diferido para momentos onde não existam outras urgências consideradas “maiores”” (KFURI JÚNIOR, 2001, p. 1).

5.2.5 Indicador de Oferta/Disponibilidade de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)

A tabulação dos dados da amostra analisada possibilitou diferenciar a utilização de Órtese, Prótese e Materiais Especiais (OPME)²⁶ dos pacientes internados por CID de Acidentes

²⁶OPME - “As Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) são insumos utilizados na assistência à saúde e relacionados a uma intervenção médica, odontológica ou de reabilitação, diagnóstica ou terapêutica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016, p. 6). Disponível em:

de Transporte e Quedas por procedimento Traumatológico Cirúrgico e Clínico. Dessa forma, conforme Quadro 11, observa-se que a maior demanda por OPME está relacionada a CID de Acidente de Transporte quando comparada à CID de Queda. O total de pacientes que necessitaram algum componente de OPME foi de 85 pacientes (25,22%), e os que não necessitaram de OPME corresponderam a 252 pacientes (74,77%). Cumpre salientar que três pacientes obtiveram o registro de utilização de OPME na segunda AIH, que por sua vez foi Cirúrgica. Todavia, para a relação descritiva no quadro 11, foram consideradas apenas as classificações de procedimentos da primeira AIH.

Quadro 11 - Relação da Utilização de OPME por CID e Tipo de Procedimento. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

CID Acidente de Transporte		Nº de Pacientes
Com utilização de OPME	Procedimento Cirúrgico	49
	Procedimento Clínico	0
	Total	49
Sem utilização de OPME	Procedimento Cirúrgico	43
	Procedimento Clínico	56
	Total	99
Total Geral		148
CID Queda		Nº de Pacientes
Com utilização de OPME	Procedimento Cirúrgico	36
	Procedimento Clínico	0
	Total	36
Sem utilização de OPME	Procedimento Cirúrgico	67
	Procedimento Clínico	86
	Total	153
Total Geral		189

Fonte: SISAIH01 (2023)

O Quadro 12 nos direciona para uma análise descritiva dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADTs) quanto à realização de Exames Laboratoriais, Exames de Imagem e Eletrocardiograma pelos pacientes da amostra desta pesquisa. Com base nas internações por CIDs de Acidentes de Transporte e Queda, nota-se que o critério “Não realizado” das três variáveis de exames pertencentes às duas classificações resultou em maior percentual comparado ao critério “Realizado”. A coleta de dados junto ao SISAIH01 não permite afirmar as causas da “não realização” de tais exames, apenas quantificá-los. Todavia, conhecendo o processo de organização dos prontuários pela equipe assistencial e organização

dos mesmos pelo setor do Faturamento Hospitalar oportunizados pela experiência profissional já abordada, acredita-se que houve falhas no processo de comprovação da realização dos exames, como o anexo dos laudos no prontuário para que o setor de faturamento pudesse ter subsídios comprobatórios para “faturar” junto à AIH.

Quadro 12 - Relação dos SADTs por CID. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

CID Acidente de Transporte			CID Queda		
Exames Laboratoriais	Quantitativo de Pacientes	%	Exames Laboratoriais	Quantitativo de Pacientes	%
Realizado	44	29,72	Realizado	83	43,92
Não realizado	104	70,28	Não realizado	106	56,08
Total	148	100	Total	189	100
Exames de Imagem	Quantitativo de Pacientes	%	Exames de Imagem	Quantitativo de Pacientes	%
Realizado	23	15,54	Realizado	43	22,76
Não realizado	125	84,46	Não realizado	146	77,24
Total	148	100	Total	189	100
Eletrocardiograma	Quantitativo de Pacientes	%	Eletrocardiograma	Quantitativo de Pacientes	%
Realizado	8	5,41	Realizado	14	7,40
Não realizado	140	94,59	Não realizado	175	92,60
Total	148	100,00	Total	189	100,00

Fonte: SISAIH01 (2023)

Diante dos resultados da coleta de dados e informações apresentadas, conclui-se que houve oferta/disponibilidade de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico (SADT) e Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) para os pacientes internados no HMS atendendo às perspectivas de cuidado ao trauma, em que a CID de Queda requisitou maior oferta/disponibilidade de SADTs, porém, quanto ao OPME, a CID de Acidente de Transporte teve maior demanda. Todavia, fica o questionamento de que os maiores percentuais identificados aos SADT's são atribuídos ao critério “Não realizado”, gerando inconsistência de processo assistencial e/ou administrativo/procedimental.

Tendo como referência os Relatórios da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização da OSS Mais Saúde - CAF/Semsa (2020-2021), mencionamos os quantitativos de SADTs oportunizados pelo HMS aos pacientes internados nos respectivos anos. A somatória desses quantitativos não contempla todos os setores hospitalares de demanda dos Exames Laboratoriais, Exames Radiológicos, Tomografias e Ultrassonografias, pois optou-se apenas em mencionar os setores correlacionados ao trauma ortopédico.

Nessa direção, foram realizados 399.340 “Exames Laboratoriais” demandados pelos setores de Urgência e Emergência; Clínica Cirúrgica e Setor de Internação. Os SADTs incluem os Exames Radiológicos, as Tomografias Computadorizadas e as Ultrassonografias totalizando no período desses dois anos a oferta de 122.949 exames. Ao desmembrarmos esse total por tipo de exame, tem-se a seguinte relação de quantitativos e setores: 102.151 Exames Radiológicos dentre os setores de Urgência e Emergência, Clínica Cirúrgica e Setor de Internação; 12.255 Tomografias Computadorizadas demandadas pelos setores de Pronto Socorro e Setor de Internação; 8.543 Ultrassonografias para pacientes dos setores de Urgência e Emergência, Clínica Cirúrgica e Setor de Internação (SEMSA, 2020-2021).

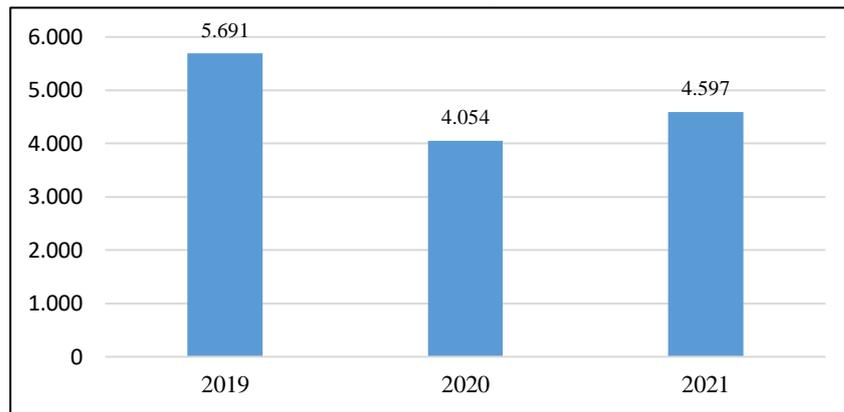
5.2.6 Indicador do Percentual de Procedimentos por CID de Acidentes de Transporte e Quedas

Antes de tratarmos do indicador em tela é importante contextualizar as instalações físicas e operacionais do HMS com relação ao setor de realizações dos procedimentos cirúrgicos - o Centro Cirúrgico, haja vista que em outro indicador mencionou-se a classificação e quantitativos de leitos hospitalares.

Conforme CNES (2023), no HMS há uma Sala de Cirurgia Ambulatorial e três Salas de Cirurgia. Diante da vivência profissional na referida unidade de saúde, pode-se afirmar que as quatro salas de cirurgia atendem todo o complexo hospitalar em diferentes especialidades médicas. Contudo, até o início do ano de 2019 o HMS contava com três salas de cirurgia, sendo que a quarta sala foi inaugurada em 11/03/2019²⁷.

Ao acessar o Relatório Quadrimestral (Setembro a Dezembro de 2021) formatado pela Comissão de Acompanhamento e Fiscalização da OS Mais Saúde, percebemos o seguinte volume de procedimentos cirúrgicos no HMS, conforme Gráfico 2.

²⁷HMS ganha novo Centro Cirúrgico e inaugura recepção reformada. Disponível em: <https://oimpacto.com.br/2019/03/09/hms-ganha-novo-centro-cirurgico-e-inaugura-recepcao-reformada/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

Gráfico 2 - Procedimentos realizados no Centro Cirúrgico do HMS. Santarém/PA. 2019 a 2021

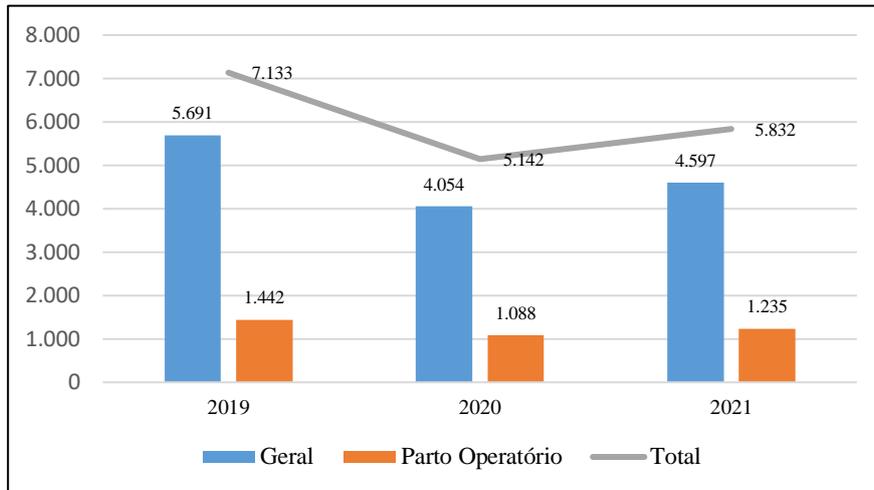
Fonte: Relatório CAF/Semsa (2022)

Quando correlacionamos esta série histórica com a operacionalização de mais uma sala cirúrgica em 2019, percebe-se que o aumento de procedimentos Cirúrgicos só ocorreu no ano de 2021. Para melhor elucidar essa relação, comparou-se os três primeiros meses do ano de 2019 (antes e início da operacionalização da quarta sala do Centro Cirúrgico) com os demais meses do mesmo ano. Assim, tem-se que a média de procedimentos Cirúrgicos do primeiro trimestre de 2019 foi de 440 procedimentos, já a média dos demais meses do ano de 2019 corresponde a 485 procedimentos. Desta forma, percebe-se que não houve significativas diferenças procedimentais. Ademais, baseado no relatório citado, não é possível identificar os motivos que ocasionaram a baixa produtividade, uma vez que a proposta anunciada pela OSS IPG gestora do HMS à época da inauguração era de aumentar os procedimentos Cirúrgicos, conforme veiculado em mídia virtual local.

Evidencia-se ainda, no relatório Semsa (2022), a série histórica dos partos cirúrgicos obstétricos. Mesmo não sendo este o objetivo de análise desta pesquisa, cabe aqui mencioná-los porque os mesmos ocupam-se do Centro Cirúrgico e correspondem a um significativo número de procedimentos.

Analisando sob outra ótica, ilustremos as demandas do Centro Cirúrgico do HMS no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Comparativo dos procedimentos realizados no Centro Cirúrgico do HMS. Santarém/PA. 2019 a 2021



Fonte: Relatório CAF/Semsa (2022)

Nesse contexto, é possível perceber que ocorre uma “disputa” de cirurgias nas quatro salas do Centro Cirúrgico por procedimento Cirúrgico de parto operatório dentre outras cirurgias gerais.

Retomando ao contexto da população desta pesquisa de mestrado, demonstraremos na Tabela 7, o quantitativo de procedimentos demandados pelos pacientes internados com relação ao tipo de tratamento.

Tabela 7 - Relação de Internação por Procedimentos. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

Tipo de Procedimento	Contagem	Percentual
Especialidade Cirúrgica	195	57,86
Especialidade Clínica	142	42,14
Total	337	100,00

Fonte: SISAIH01 (2023)

O intento dos indicadores constante na referida tabela é demonstrar o impacto assistencial e/ou social gerado pelo trauma ortopédico que irá requerer maiores investimentos com materiais e medicamentos, tempo de internação ou até mesmo a reinserção social.

Ao analisarmos a amostra dos 337 pacientes, o percentual de procedimento Cirúrgico se destaca, porém, não está atrelado à realização de procedimentos Cirúrgicos no HMS. Aqui pontuamos que nem todos os casos cirúrgicos e clínicos serão tratados na totalidade no HMS. A depender da gravidade (alta complexidade, por exemplo), a equipe assistencial

solicitará a transferência do paciente para outra unidade hospitalar via regulação. Fazemos correlações com o motivo da Saída Hospitalar “Transferência para outro Estabelecimento”, bem como uma análise da incidência das CIDs de Acidente de Transporte e Queda para cada tipo de procedimento.

Na referida amostra, 195 foram classificados como procedimento “Cirúrgico” - 103 pacientes foram vítimas de Quedas e 92 pacientes vítimas de Acidentes de Transporte, bem como 142 pacientes foram classificados como procedimento “Clínico”, dos quais 86 inserem-se na CID de Queda e 56 na CID de Acidente de Transporte.

O motivo da saída/alta hospitalar “Transferência para Outro Estabelecimento” resultou em 76 pacientes, sendo 56 pacientes no critério de procedimento “Clínico” e 20 pacientes no critério de procedimento “Cirúrgico”.

Sob outro ponto de vista, podemos constatar que, das 195 internações “Cirúrgicas”, 20 (10,26%) foram reguladas dentro da perspectiva da Linha de Cuidado ao Trauma para outro complexo hospitalar, bem como, das 142 internações “Clínicas”, 56 (39,43%) foram reguladas para outro estabelecimento de saúde.

Diante do exposto, nota-se que a demanda cirúrgica realizada no HMS é maior que a demanda cirúrgica transferida para outro estabelecimento hospitalar. Assim, o HMS acaba por realizar o maior quantitativo de procedimentos cirúrgicos, o que corrobora o exposto anteriormente acerca das disputas de vagas nas salas do Centro Cirúrgico e leitos hospitalares para atender à demanda de uma populosa região de saúde (cerca de um milhão de habitantes).

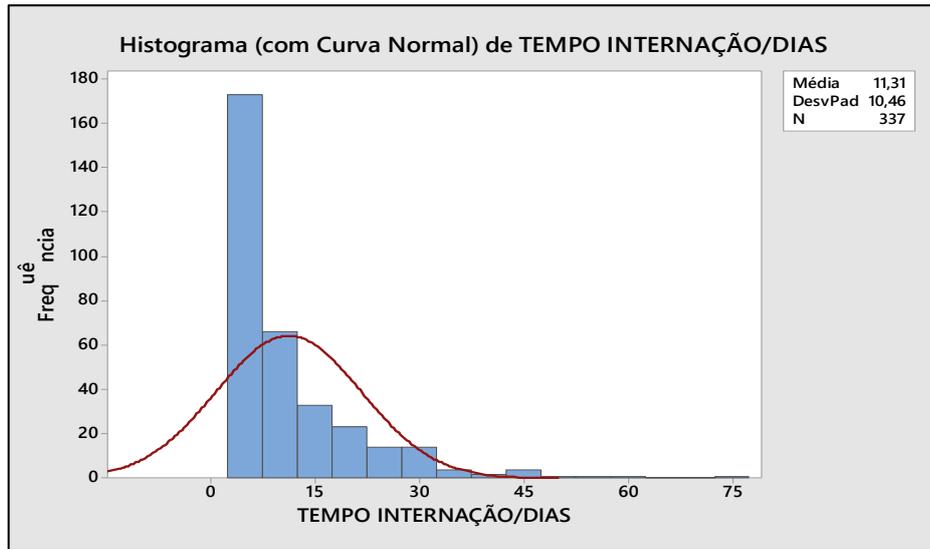
5.2.7 Indicador da Média de Permanência/Internação Hospitalar

A Média de Permanência é um relevante indicador hospitalar utilizado na área da saúde, o qual faz “relação entre o total de pacientes/dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 25).

O Gráfico 4 apresenta o tempo de permanência da amostra dos hospitalizados/internados no HMS no período de 2019 a 2021 conforme o sistema SISAIH01 por meio das CID's V e W.

Observa-se que o tempo médio de internação foi de 11,31 dias e desvio padrão 10,46. O menor tempo de permanência é de três dias (tempo definido para este estudo), e o tempo maior, 76 dias. Observa-se, ainda, no Gráfico 4, uma certa assimetria positiva, caracterizada pela maior concentração do tempo de internação, em valores menores.

Gráfico 4 - Tempo de Permanência Hospitalar - CID-10 Cap. XX - Causas Externas (V-W). Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021



Fonte: SISAIH01 (2023)

O tempo médio de internação resultante desta pesquisa é semelhante, porém inferior, ao estudo de Santos et al. (2016) realizado em um hospital de urgências de outro estado brasileiro, cujo percentual de maior incidência está atribuído ao tempo de internação entre 1 e 15 dias (89,4% - N=1.242).

No que tange à normativa do Conselho Federal de Medicina, percebe-se que em se tratando de Urgência e Emergência não área/leito de “internação” e sim área/leito de “observação” do paciente, devendo a paciente permanecer no tempo máximo de 24 horas. Vejamos o Anexo I da Resolução CFM nº 2.077/2014:

Art. 14. O tempo máximo de permanência dos pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência será de até 24h, após o qual o mesmo deverá ter alta, ser internado ou transferido. **Art. 15.** Fica proibida a internação de pacientes nos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência. **Art. 16.** O hospital deverá disponibilizar, em todas as enfermarias, leitos de internação para pacientes egressos do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência em número suficiente para suprir a demanda existente. Em caso de superlotação do Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência e ocupação de todos os leitos de retaguarda, é de responsabilidade do diretor técnico da instituição prover as condições necessárias para a internação ou transferência destes pacientes (CFM, 2014, p. 4, grifo nosso).

Ademais, a Portaria que trata dos direitos e deveres dos usuários da saúde traz no bojo do Parágrafo Único do Art. 3º, que “é direito da pessoa ter atendimento adequado, com qualidade, no tempo certo e com garantia de continuidade do tratamento [...]” (BRASIL, 2009).

5.2.8 Indicador de Taxa de Saídas Hospitalares por CID de Acidentes de Transporte e Quedas

Os motivos da saída/permanência (alta hospitalar) oriundas da AIH deve ser lançada com base nos códigos estabelecidos na Portaria SAS N° 719, de 28/12/2007, conforme o Manual do Sistema de Informação Hospitalar - Módulo II - Sisaih01.exe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Tabela 8 evidencia que houve maior frequência do motivo “Alta Melhorado” seguido do motivo “Transferência para Outro Estabelecimento”. Esses percentuais corroboram a Política Nacional de Atenção Hospitalar (Portaria n° 3.390/2013). Tendo como base a Seção I e o Art. 8º, tem-se que “A assistência hospitalar no SUS será organizada a partir das necessidades da população, com a finalidade de garantir o atendimento aos usuários, baseado em equipe multiprofissional, na horizontalização do cuidado, na organização de linhas de cuidado e na regulação do acesso” (BRASIL, 2013).

Tabela 8 - Relação dos Motivos da Saída Hospitalar. Amostra 337 pacientes. HMS - Santarém/PA. 2019 a 2021

Motivo da Saída	Contagem	Percentual
Alta Melhorado*	240	72,01
Transferência para Outro Estabelecimento	76	22,55
Alta por Evasão	4	1,19
Alta a Pedido	11	3,00
Óbito Hospitalar	5	1,22
Alta por Outros Motivos	1	0,03
Total Geral	337	100,00

Fonte: SISAIH01 (2023)

Nota: (*) Inclui nesta classificação outros títulos como: Alta por Permanência de Mudança de Procedimento; Alta por Permanência Por Características Próprias, Encerramento Administrativo.

O percentual do motivo da saída por Alta Melhorado é um evidente indicativo de que o HMS cumpre com a sua função assistencial inserida em um componente da RUE e polo para outros dezenove municípios dentro da baixa e da média complexidades. Já o percentual de Transferência para Outro Estabelecimento denota também o acolhimento da demanda espontânea e/ou regulada, bem como a regulação do paciente para continuidade do cuidado à saúde em outra unidade hospitalar, cuja especialidade demanda maior complexidade tecnológica.

Assim, por meio de uma visão quantitativa panorâmica dos seis motivos classificados relacionados à saída hospitalar (alta dos pacientes), tem-se o motivo “Alta

Melhorado” com maior frequência, seguido do motivo “Transferência para Outro Estabelecimento”. Isso nos direciona para uma análise de todo um processo assistencial do cuidado e de regulação do acesso do paciente. Por maior que seja o percentual da Alta Melhorado comparado à Transferência para Outro Estabelecimento, percebe-se nos espelhos das AIHs que mesmo esses 76 pacientes sendo regulados/transferidos, o tempo de permanência foi alto (60 pacientes entre 3 e 20 dias; 16 pacientes entre 21 e 54 dias).

Por este estudo possuir uma formatação metodológica e compilação de dados de forma inédita, não foi possível comparações específicas de motivos de saída de pacientes vítimas de acidentes de transporte e quedas em outros estudos. Contudo, Melione (2004) apresenta o total de acidente de trânsito no município de São José dos Campos/SP, não sendo especificado (quantas e quais) a (s) unidade (s) hospitalar (s) de referência. O citado estudo teve como base o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) demonstrando o seguinte resultado: “A razão entre o número de internações pelo SUS e de **óbitos** por acidentes de trânsito em São José dos Campos foi de 3:1 no período de 1998 a 2002. O percentual de residentes no município internados por acidentes de transporte terrestre no mesmo período foi de 92,7%” (MELIONE, 2004, p. 465, grifo nosso).

Na tônica da Portaria Nº 1.365/2017 que Aprova e Institui a Linha de Cuidado ao Trauma na RUE, podemos dizer que esses referenciais são compatíveis com o objetivo “III. Estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado” (BRASIL, 2017).

5.3 Indicadores de Resultados do Ambulatório Municipal de Especialidades

Esta subseção tem por objetivo demonstrar, por meio de indicadores de disponibilidade da atenção ao trauma-ortopédico, junto ao Ambulatório Municipal de Especialidades, haja vista a sua relação como um componente da RAS e perspectiva da Linha de Cuidado ao Trauma.

5.3.1 Indicador de Disponibilidade de Consulta Especializada Traumato-ortopédica

O Ambulatório de Especialidades é um equipamento de saúde pública vinculado ao Hospital Municipal de Santarém, porém situa-se em outro endereço (Travessa 15 de Agosto, nº 1.011 - Bairro Santa Clara, próximo ao HMS. Sua estrutura assistencial compreende a

disponibilidade de Consultórios e Sala de Procedimentos, sendo importante esclarecer que o Ambulatório de Especialidades está sediado em um prédio residencial de dois pavimentos, locado pelo município. Os atendimentos aos usuários são realizados no andar térreo, ao qual contempla seis Consultórios de uso compartilhado entre diversificadas especialidades conforme agendamento, bem como há uma Sala de Procedimentos.

De acordo com o Relatório de Acompanhamento da Comissão de Acompanhamento e Fiscalização (CAF) da OS Mais Saúde emitido por Semsa (2022, p. 3), o Ambulatório de Especialidades oferta consultas ambulatoriais especializadas por meio de oito profissionais, em dias úteis e agendadas por meio da “Central de Marcação de Procedimentos Ambulatoriais” para as seguintes especialidades: Cirurgia Geral; Ortopedia/Traumatologia; Urologia; Neurologia; Cirurgia Vascular; Otorrinolaringologia; Dermatologia e Infectologia.

Nota-se que no Relatório Quadrimestral Setembro a Dezembro/2020 o quantitativo de profissionais era maior (21), e as especialidades ampliavam-se também a saber: Urologia, Cirurgia Geral, Buco-maxilo-facial, Otorrinolaringologia, Cirurgia Vascular, Angiologia, Neurocirurgia, Cardiologia, Ginecologia, Pediatria, Ortopedia, Infectologia.

Ao analisar os relatórios da CAF (2020; 2021), têm-se os seguintes indicadores de consultas ambulatoriais na especialidade de Ortopedia/Traumatologia:

Quadro 13 - Consultas Especializadas em Ortopedia/Traumatologia realizadas no Ambulatório de Especialidades no período de setembro de 2020 a dezembro de 2021 - Santarém/PA

Título do Documento	Período dos Dados	Total de Consultas
Relatório Quadrimestral de Metas e Indicadores - Setembro a Dezembro/2020	Setembro a Dezembro/2020	1.690 ²⁸
Relatório Quadrimestral - Setembro a Dezembro/2021)	Janeiro a Dezembro/2021	5.217

Fonte: Adaptado Relatório CAF/Semsa (2021-2022)

Como visto no Quadro 13, há uma alta demanda de consultas para esta especialidade em nosso município, o que se comprova quando comparamos com os demais indicadores de consultas (outras especialidades) constantes nos relatórios citados, não apresentados detalhadamente aqui por não terem relação ao objeto deste estudo. Nesse sentido, o maior volume de consultas é a da especialidade Ortopedia/Traumatologia seguida da especialidade de Cirurgia Geral no Ambulatório Municipal de Especialidades, o que evidencia

²⁸Não foi possível obter acesso aos relatórios da OSS gestora do Ambulatório de Especialidades anterior à OS Instituto Mais Saúde, o que justifica o baixo valor do ano de 2020 quando comparado ao ano de 2021.

a importância da disponibilidade de consultas nessa especialidade médica no Ambulatório de Especialidades Médicas.

Figura 14 - Fachada do Ambulatório Municipal de Especialidades. Santarém/PA. 2023



Fonte: Acervo fotográfico da autora (2023)

Por meio da Figura 14 é possível visualizar que o prédio do Ambulatório Municipal de Especialidades não se apresenta favorável estruturalmente dentro do quesito qualidade para o atendimento dos usuários. Diante das explanações anteriores acerca da experiência profissional da pesquisadora, acredita-se que o mesmo não se enquadra estruturalmente na RDC Nº 50/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, uma vez que esta resolução que normatiza os projetos físicos dos estabelecimentos de assistência à saúde.

5.3.2 Indicador do Nº de Consultas Especializadas Traumato-ortopédica por CID de Acidentes de Transporte e Quedas

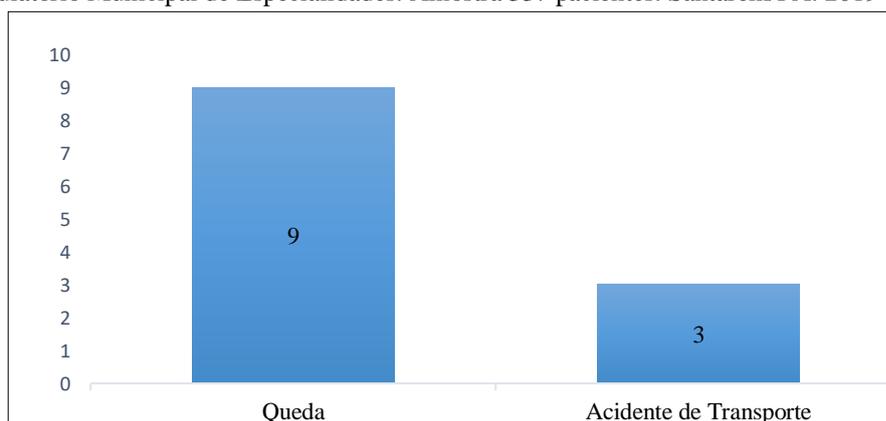
Antes de mencionarmos o indicador pertinente ao quantitativo de consultas especializadas Traumato-ortopédica no Ambulatório Municipal cujas CIDs tiveram como Causas Externas Acidentes de Transporte e Quedas, faz-se necessário explicar que a coleta das informações desta pesquisa foi realizada de forma manual visando localizar os prontuários dos pacientes/sujeitos da amostra, totalizando a busca ativa em 15.700 prontuários, localizando-se apenas doze. Insta mencionar que a relação dos nomes dos sujeitos/pacientes compartilhada com a liderança desse setor contemplava 337 nomes, e desses, apenas doze pacientes procuraram o equipamento de saúde pública para ter a sua consulta especializada pós-operatória com o médico Ortopedista/Traumatologista.

Por se tratar de uma amostra pequena de pacientes que após sua alta hospitalar tiveram continuidade assistencial na RAS sob perspectiva da Linha do Cuidado ao Trauma, optou-se por incluir neste indicador de consultas especializadas, informações agregadas sobre sexo e origem dos pacientes. Assim, quanto ao perfil dos pacientes, temos que dez são do sexo masculino (dois da CID de Acidente de Transporte e oito da CID de Queda) e dois são do sexo feminino (um da CID de Acidente de Transporte e um da CID de Queda).

O município de origem dos pacientes são: nove do município de Santarém (dois do CID de Acidente de Transporte e sete do CID de Queda); três do município de Monte Alegre (sendo 1 do CID de Acidente de Transporte e dois do CID de Queda).

O Gráfico 5 evidencia o maior indicador de consultas Traumato-ortopédica na Cid de Queda, no Ambulatório Municipal de Especialidades.

Gráfico 5 - Consultas Especializadas Traumato-ortopédica por CID de Quedas e Acidentes de Transporte no Ambulatório Municipal de Especialidades. Amostra 337 pacientes. Santarém/PA. 2019 a 2021



Fonte: Ambulatório Municipal de Especialidades (2023)

A análise das informações oportunizou identificar uma abordagem mais qualitativa do fluxo de atendimento ofertado (agendamentos) e do respectivo comparecimento do paciente, a saber:

- Um paciente teve consulta de avaliação pós-operatória e desistiu do retorno/consulta ambulatorial agendada;
- Um paciente teve consulta de avaliação pós-operatória e depois alta médica;
- Um paciente teve consultas de avaliação pós-operatória, depois consulta de retorno pós-reabilitação (não identificada no SISREG) e depois alta médica;
- Sete pacientes tiveram consultas de avaliação pós-operatória e desistiram dos retornos/consultas ambulatoriais agendadas;

- Um paciente teve consultas de avaliação pós-operatória, realizou procedimento ambulatorial e teve alta médica;
- Um paciente agendou a consulta de avaliação pós-operatória e não compareceu.

Conforme explicado anteriormente, é baixo o resultado de pacientes identificados com agendamento de consulta de Ortopedia/Traumatologia no Ambulatório Municipal de Especialidades, mas quando comparamos as consultas da mesma especialidade em outro equipamento de saúde pública no SISREG (amostra de 325 pacientes restantes), temos o seguinte referencial: 82 pacientes passaram por consulta especializada intitulada como Consulta em Ortopedia-Retorno e/ou Consulta em Ortopedia e Traumatologia, sendo que desse total 80 foram agendadas no HRBA no município de Santarém, um na URES no município de Santarém e um no HRT no município de Itaituba.

Diante do exposto, fica demonstrado que o Ambulatório Municipal de Especialidades não foi o maior provedor do cuidado ao trauma ortopédico dos pacientes/sujeitos da pesquisa na rede de atenção à saúde do município de Santarém, porém, é notório que a RAS articula-se em diferentes pontos de atenção tanto em nível municipal (Ambulatório e UBS) quanto em nível estadual (URES, HRBA, HRT) para atender às necessidades da Linha de Cuidado ao Trauma no sentido de ofertar consultas especializadas para a continuidade do tratamento e/ou melhoria da saúde dos pacientes acometidos por traumas ortopédicos de acidentes de transporte e quedas.

5.4 Indicadores de Resultado da Secretaria Municipal de Saúde

Objetivando abordar outro relevante caminho estipulado por esta pesquisa para conhecimento do fluxo do paciente na rede de atenção à saúde após a sua alta hospitalar, e assim conhecer a continuidade da Linha de Cuidado ao Trauma, foram consolidadas as informações obtidas junto à Secretaria Municipal de Saúde de Santarém (Semsu) e traduzidas em indicadores, apresentados nesta subseção.

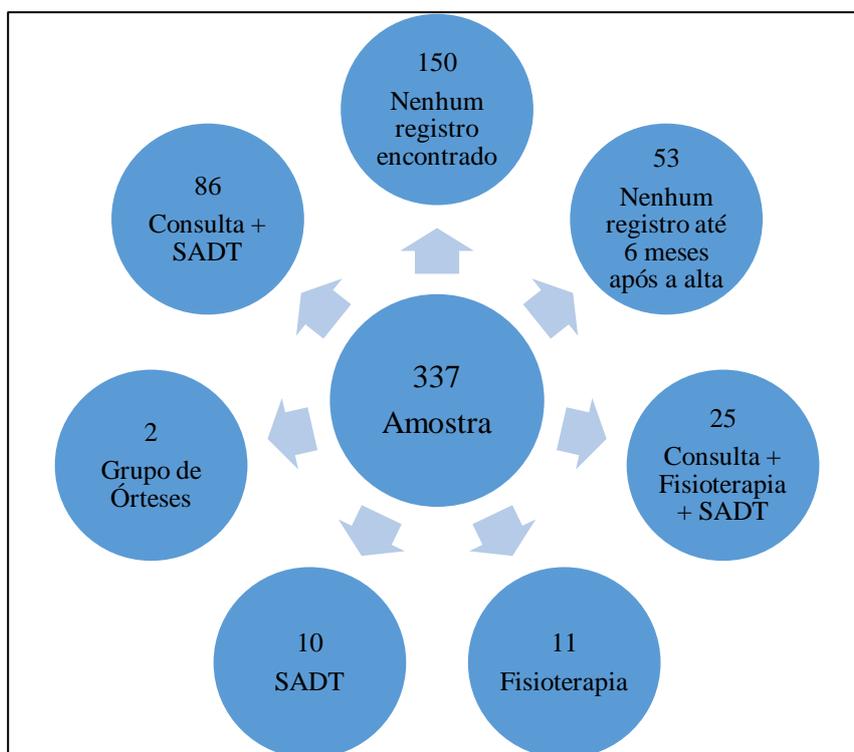
Para obtenção das informações referentes à continuidade do cuidado na RAS por meio da oferta de consultas e exames especializados, foi necessário acesso ao Sistema de Regulação SISREG III²⁹ (Consulta de Solicitações Ambulatoriais).

²⁹SISREG III “Sistema on-line, criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos”. Disponível em: <https://sisregiii.saude.gov.br/cgi-bin/index?logout=1>. Acesso em: 20 mar. 2023.

Assim, inseriu-se o número do cartão SUS de cada paciente da amostra, tabulando todas as informações relacionadas ao período de até seis meses após a data da alta hospitalar, período este que se julgou necessário para uma abordagem avaliativa desta pesquisa.

Apresentamos, na Figura 15, uma visão panorâmica dos resultados encontrados no SISREG relacionado às consultas e exames ambulatoriais junto a RAS e clínicas conveniadas, como no caso dos atendimentos em Fisioterapia.

Figura 15 - Panorama dos Agendamentos Ambulatoriais no SISREG. Amostra 337 pacientes. Santarém/PA. 2019 a 2021



Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Diante dos quantitativos e respectivas associações de procedimentos, verificou-se que 44,51% da amostra não teve agendamento no SISREG (Nenhum registro encontrado), não podendo ser esclarecido o motivo. Fato é que no sistema, em maior percentual (55,49%), evidenciou-se a oferta/disponibilidade de atendimentos e continuidade assistencial ambulatorial do cuidado ao trauma ortopédico para os pacientes acometidos por Acidente de Transporte ou Queda.

5.4.1 Indicador do Perfil da Consulta Ambulatorial

Com base na elaboração do Quadro 14, identifica-se o perfil das consultas ambulatoriais agendadas no Sistema de Regulação SISREG. Consultas estas abrangendo 14 especialidades³⁰ em nomenclaturas diferenciadas (não foram contabilizadas as que estão com a denominação Especializada, Geral e Retorno), o que demonstra a amplitude de especialidades clínicas para a continuidade assistencial da Linha do Cuidado ao Trauma.

Quadro 14 - Tipos de Consultas Ambulatoriais. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021

Atendimento em Fisioterapia
Atendimento Especializada em Fisioterapia
Consulta em Bucomaxilo Facial
Consulta em Cirurgia Bucomaxilo
Consulta em Cirurgia Bucomaxilo- Retorno
Consulta em Cirurgia Geral- Geral
Consulta em Cirurgia Ortopédica- Pré-Cirúrgica
Consulta em Cirurgia Ortopédica- Retorno
Consulta em Dermatologia Geral
Consulta em Endocrinologia
Consulta em Geriatria
Consulta em Nefrologia
Consulta em Neurocirurgia- Geral
Consulta em Neurocirurgia- Retorno
Consulta em Oncologia Clínica
Consulta em Ortopedia- Geral
Consulta em Ortopedia- Retorno
Consulta em Ortopedia e Traumatologia
Consulta em Otorrinolaringologia- Geral

Fonte: Adaptado pela autora /SISREG (2023)

5.4.2 Indicador do Perfil dos Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) ambulatoriais

Conhecer os tipos de SADTs realizados pelos pacientes da amostra no âmbito ambulatorial junto ao serviço público de saúde configura a oferta/disponibilidade do SUS de recursos tecnológicos, ou seja, a atenção à saúde para melhor subsidiar a avaliação médica especializada na tomada de decisão do tratamento, bem como as demandas requeridas pelos pacientes/usuários no cuidado ao trauma ortopédico e a respectiva qualidade de vida.

O Quadro 15 revela o perfil dos SADTs ambulatoriais agendados no SISREG. Esses exames³¹ contemplam 9 categorias diferenciadas de apoio diagnóstico.

³⁰Estas especialidades estão inseridas no campo Procedimento do SISREG.

Quadro 15 - Tipos de SADTs Ambulatoriais. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021

Cateterismo
Ecocardiografia Transtorácica
Exame Grupo Audiometria
Exame Grupo Eletroneuromiograma
Exame Grupo Radiodiagnóstico
Exame Grupo Ressonância Magnética
Exame Grupo Tomografia Computadorizada
Exame Grupo Ultrassonografia
Videolaringoscopia

Fonte: Adaptado pela autora /SISREG (2023)

Durante a consolidação das informações das Consultas de Solicitações Ambulatoriais do SISREG, observou-se diferentes nomenclaturas no campo “Situação” nos espelhos do SISREG, não sendo possível entender se de fato o paciente realizou o procedimento agendado. Ademais, houve outras situações que requerem detalhamento para melhor compreensão, ilustradas no Quadro 16.

Quadro 16 - Detalhamento da Situação do Agendamento das Consultas de Solicitações Ambulatoriais - SISREG. Santarém/PA. 2019 a 2021

Situação (Espelho Geral)	Situação (Espelho Específico)
Age/Can/Reg	Agendamento/Cancelado/Regulador
Age/Can/Sol	Agendamento/Cancelado/Solicitante
Age/Conf/Exec	Agendamento/Confirmado/Executante
Age/Falta/Exec	Agendamento/Falta/ Executante
Age/Pen/Exec	Agendamento/Pendente/Executante
Sol/Dev/Reg	Solicitação/Devolvida/Regulador
Sol/Neg/Reg	Solicitação /Negada/Regulador

Fonte: SISREG (2023)

A formatação das nomenclaturas evidenciadas no Quadro 16, em especial o detalhamento da situação (Espelho Específico), aponta para a existência de casos geradores de dúvida se o paciente compareceu ao agendamento realizado pela Semsu, por exemplo, na tipologia “Pendente”.

5.4.3 Indicador da Oferta/Disponibilidade de Consultas Ambulatoriais e SADTs

O indicador relacionado às Consultas Ambulatoriais e SADTs possibilitaram reportar o quantitativo de agendamentos no SISREG de 86 pacientes, onde desse quantitativo 65 foram agendados em diversificadas especialidades e 21 pacientes tiveram tanto consultas

especializadas quanto exames dentro do período avaliado, conforme pode ser evidenciado nos Quadros 17 e 18.

Quadro 17 - Relação das Consultas Ambulatoriais por Unidade Executante. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021

Procedimento	Unidade Executante	Quantidade
Consulta em Ortopedia-Retorno + Consulta em Ortopedia e Traumatologia	HRBA	40
	HRT	2
Consulta em Cirurgia Ortopédica Pré-Cirúrgica	HMS	3
Consulta em Cirurgia Bucomaxilo + Consulta em Cirurgia Bucomaxilo-Retorno	HRBA	13
Consulta em Cirurgia Bucomaxilo + Consulta em Cirurgia Bucomaxilo-Retorno + Consulta em Ortopedia e Traumatologia	HRBA + URES	1
Consulta em Bucomaxilo Facial	UBS	1
Consulta em Endocrinologia + Consulta em Nefrologia-Geral + Consulta em Geriatria	HRBA + Centro Referência Idoso	1
Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Consulta em Cirurgia Bucomaxilo-Retorno	HRBA	1
Consulta em Cirurgia Bucomaxilo-Retorno + Consulta em Cirurgia Geral Plástica-Geral	HRBA	1
Consulta em Cirurgia Bucomaxilo + Consulta em Cirurgia Bucomaxilo-Retorno + Consulta em Cirurgia Geral-Geral + Consulta em Bucomaxillo Facial	HRBA + URES	1
Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Consulta em Cirurgia Geral-Geral	HRBA	1
Total Geral de Pacientes		65

Fonte: Adaptado pela autora /SISREG (2023)

Ampliamos a análise do Quadro 17 por meio da informação detalhada da CID incidente na amostra dos 65 pacientes, resultando assim, em 34 pacientes para a CID Acidente de Transporte e 31 pacientes para a CID de Queda. Portanto, não há significativa diferença entre os quantitativos/CIDs.

Quadro 18 - Relação das Consultas Ambulatoriais e SADTs por Unidade Executante. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021

Procedimento	Unidade Executante	Quantidade
Consulta em Ortopedia-Retorno + Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Ecocardiografia Transtorácica + Exame Grupo Radiodiagnóstico	HRBA	1
	Hospital Municipal de Juruti	1
Consulta em Cirurgia Bucomaxilo-Retorno + Consulta em Otorrinolaringologia-Geral + Exame Grupo Tomografia Computadorizada + Videolaringoscopia	HRBA	1
Consulta em Ortopedia-Retorno + Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Exame Grupo Radiodiagnóstico	HRBA	6
	HRT	1

Consulta em Ortopedia-Retorno + Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Ecocardiografia Transtorácica + Exame Grupo Radiodiagnóstico	HRBA	1
Consulta em Neurocirurgia-Retorno + Exame Grupo Ressonância Magnética	HRBA	1
Consulta em Ortopedia-Retorno + Exame Grupo Radiodiagnóstico	HRBA	1
	Hospital Municipal de Juruti	1
Consulta em Ortopedia-Retorno + Consulta em Cirurgia Ortopédica-Retorno + Exame Grupo Radiodiagnóstico	HRBA	1
	Hospital Porto Velho	
	POC Porto Velho	
Consulta em Oncologia Clínica + Exame Grupo Radiodiagnóstico + Grupo Ressonância Magnética	HRBA	1
Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Exame Grupo Radiodiagnóstico	HRBA	3
Consulta em Ortopedia-Retorno + Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Exame Grupo Radiodiagnóstico + Ressonância Magnética	HRBA	1
Consulta em Neurocirurgia-Geral + Consulta em Neurocirurgia-Retorno + Exame Grupo Radiodiagnóstico	HRBA	1
Total Geral de Pacientes		21

Fonte: Adaptado pela autora/SISREG (2023)

Analisando o Quadro 18 por meio da relação da CID incidente na amostra dos 21 pacientes, destaca-se que 12 pacientes (54,14%) foram atribuídos para a CID Acidente de Transporte e 9 pacientes (42,86%) para a CID de Queda, o que denota que houve maior demanda de Consultas Ambulatoriais Especializadas e SADTs para a CID de Acidente de Transporte, mesmo que em pequena relação percentual.

5.4.4 Indicador de Pacientes com Agendamentos de Reabilitação (Fisioterapia)

Pontuaremos, neste indicador, a relação de pacientes que obtiveram agendamento no SISREG para Atendimento em Fisioterapia, realizado tanto na rede de saúde pública quanto na rede privada.

Quadro 19 - Relação de Pacientes com Atendimento em Reabilitação/Fisioterapia. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021

Procedimento	Unidade Executante	Quantidade Pacientes
Atendimento Especializado em Fisioterapia	HRBA	2
Atendimento em Fisioterapia	Clínica terceirizada	8

Atendimento Especializado em Fisioterapia e Atendimento em Fisioterapia	HRBA e Clínica terceirizada	1
Total Geral		11

Fonte: Adaptado pela autora/SISREG (2023)

Assim, por meio do Quadro 19, temos a relação dos procedimentos e as respectivas unidades executantes de 11 pacientes da amostra dos 337. Buscou-se complementar essa informação para reportar às CIDs atribuídas, resultando em quatro pacientes de Acidente de Transporte e sete de Queda. Dessa forma, nota-se que a CID de Queda demandou maior procedimento de Fisioterapia. Cabe salientar que esses 11 pacientes não tiveram registro no SISREG de outros atendimentos/consultas especializadas.

5.4.5 Indicador de Pacientes com Agendamentos em Fisioterapia, Consulta Ambulatorial e Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

A tônica deste indicador é comparar os procedimentos no âmbito Atendimento em de Fisioterapia, Consulta Ambulatoriais e SADT integrados e demandados pelos pacientes da amostra deste estudo, assim como a devida Unidade Executante.

Quadro 20. Relação dos Procedimentos e Unidades Executantes relacionadas à Reabilitação (Fisioterapia), Consulta Ambulatorial e SADT. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021

Procedimento	Unidade Executante	Quantidade Pacientes
Consulta em Ortopedia-Retorno/Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Atendimento Especializado em Fisioterapia + Exame Grupo Radiodiagnóstico	HRBA (Consulta, Exame* e Fisioterapia)	10
Consulta em Ortopedia-Retorno/Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Atendimento em Fisioterapia + Exame Grupo Radiodiagnóstico	HRBA (Consulta + Exame*) Clínica terceirizada (Fisioterapia)	7
Consulta em Neurocirurgia-Geral/Retorno + Atendimento Especializado em Fisioterapia + Atendimento em Fisioterapia	HRBA (Consulta e Fisioterapia) Clínica terceirizada (Fisioterapia)	2
Consulta em Neurocirurgia-Geral + Atendimento em Fisioterapia	HMS (Consulta) Clínica terceirizada (Fisioterapia)	1
Consulta Neurocirurgia-Geral + Consulta Cirurgia-Geral + Atendimento em Fisioterapia + Exame Grupo Tomografia Computadorizada	HRBA (Consulta + Exame*) Clínica terceirizada (Fisioterapia)	1
Consulta em Ortopedia-Retorno + Atendimento Especializado em Fisioterapia + Consulta em Cardiologia + Consulta em Fisioterapia	HRBA (Consulta) HRBA (Fisioterapia) Clínica terceirizada (Fisioterapia)	1

Consulta em Ortopedia-Retorno/Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Atendimento Especializado em Fisioterapia + Consulta em Reumatologia	HRBA (Consulta e Fisioterapia)	1
Consulta em Ortopedia e Traumatologia + Atendimento em Fisioterapia	URES (Consulta) Clínica terceirizada (Fisioterapia)	1
Consulta em Dermatologia Geral + Atendimento em Fisioterapia	Consulta (UBS) Clínica terceirizada (Fisioterapia)	1
Total Geral		25

Fonte: Adaptado Sems/SISREG (2023)

Nota: (*) Ao todo foram seis pacientes relacionados ao procedimento Exame, sendo um no Grupo Tomografia Computadorizada e cinco no Grupo Radiodiagnóstico.

O Quadro 20 nos direciona para uma importante análise acerca da necessidade dos pacientes/usuários do SUS por consultas, exames e reabilitação (fisioterapia), ou seja, um contínuum assistencial atrelado à Linha de Cuidado ao Trauma. Nota-se que a oferta/disponibilidade desses procedimentos ocorreu em quatro tipos de estabelecimento público de saúde (um de nível primário, outro de nível secundário e dois de nível terciário), havendo um estabelecimento privado conveniado/contratualizado com o município (totalizando quatro clínicas).

As consultas na especialidade médica de Ortopedia-Retorno/Ortopedia e Traumatologia e os atendimentos em Fisioterapia Especializada/Fisioterapia obtiveram o maior indicador (52%), com destaque para a unidade executante HRBA, sendo este um hospital situado no município de Santarém com habilitação para a alta complexidade em Traumatologia-ortopedia. Por outra abordagem, a consolidação das informações do SISREG permitiu identificar que alguns pacientes tiveram Agendamentos Ambulatoriais em Fisioterapia, Consultas Especializadas e SADT de forma desmembradas, conforme demonstrado no Quadro 20, o que representa 48% da amostra.

Diante da consolidação das informações do quadro em tela, porém não incluído no mesmo, foi possível traçar a relação de cada um com relação às CIDs, a saber: 13 pacientes com CID de Acidente de Transporte e 12 de Queda. Nota-se que há um equilíbrio nesta relação, cujas CID's praticamente se equiparam.

5.4.6 Indicador de Paciente com Agendamento em Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT)

Na expectativa de conhecer os tipos de SADTs e locais realizados de forma isolada pelos pacientes da amostra, elaborou-se o Quadro 21. Visualiza-se assim, a demanda por exames de apoio à tomada de decisão clínica para a melhor conduta assistencial na Linha de Cuidado ao Trauma, bem como a completude da atenção à saúde na RAS.

Temos, no Quadro 21, a relação dos procedimentos relativos ao SADT e respectivas unidades executantes de 10 pacientes da amostra do estudo. Com o intuito de ampliar essa informação, vejamos as CIDs atribuídas a eles: um paciente de Acidente de Transporte e nove de Queda. Assim, é perceptível que a CID de Queda demandou maior procedimento/exames SADTs.

Quadro 21 - Relação dos Procedimentos e Unidades Executantes relacionadas à SADT. Amostra 337 pacientes. SISREG - Santarém/PA. 2019 a 2021

Procedimento	Unidade Executante	Quantidade Pacientes
Exame Grupo Radiodiagnóstico	HRBA	1
Exame Grupo Radiodiagnóstico	Hospital Santo Antônio*	3
Ecocardiografia Transtorácica	HRBA	2
Exame Grupo Audiometria	HRBA	1
Cateterismo	HRBA	1
Exame Grupo Eletroneuromiograma	HRBA	1
Exame Grupo Ultrassonografia	HRBA	1
Total Geral		10

Fonte: Adaptado pela autora /SISREG (2023)

Nota: (*) Este hospital situa-se no município de Alenquer/PA.

A seção 5 buscou fazer uma conexão da Tríade de Donabedian com os pontos do percurso metodológico desta pesquisa consolidando a coleta, a tabulação e análise das informações em indicadores quali-quantitativos, estando estes, atrelados à perspectiva Resultados da Tríade. Estes resultados, por sua vez, visam responder as perguntas norteadoras das outras duas perspectivas Donabedianas “Estrutura e Processo”.

Nessa direção, estão agregados à coleta de dados no HMS, oito indicadores; no Ambulatório Municipal de Especialidades, dois indicadores e, no SISREG, seis indicadores. Não obstante, os indicadores agregados à Tríade, foi possível demonstrar o perfil social dos sujeitos/pacientes da pesquisa por meio do sexo, idade e procedência/município de origem.

Com o intuito de traduzir o mapeamento explicitado no transcorrer desta seção, construiu-se uma matriz com base nos indicadores da perspectiva “Resultados” da Tríade Donabediana, utilizando-se de três critérios avaliativos: Atende Totalmente; Atende Parcialmente; Não Atende.

Finaliza-se, então, esta quinta seção compilando, no Quadro 22, as informações abarcadas nos indicadores quantitativos ponderados na abordagem qualitativa para melhor demonstrar os resultados desta pesquisa, aos quais serão dissertados sob a ótica das considerações finais, na próxima e última seção desta dissertação.

Quadro 22 - Matriz de Resultado da Tríade de Donabedian. Santarém/PA. 2019 a 2021

Origem da Informação	Pergunta Avaliativa	Perspectiva Donabediana “Estrutura”	Pergunta Avaliativa	Perspectiva Donabediana “Processo”
		Critério Avaliativo (Atende Totalmente; Atende Parcialmente; Não Atende)		Critério Avaliativo (Atende Totalmente; Atende Parcialmente; Não Atende)
Sistema SISAIH01	Pergunta Avaliativa 1	-Atende Parcialmente (Recursos Físicos) -Atende Totalmente (Recursos Humanos - CBO Especialidade Médica)	Perguntas Avaliativas 3 e 4	-Atende Parcialmente (Efetividade das Consultas/Avaliação e SADT) -Atende Totalmente (OPME)
	Pergunta Avaliativa 2	-Atende Parcialmente (Leito de Urgência e Emergência ao Trauma)	Pergunta Avaliativa 5	-Atende Totalmente (Especialidade Cirúrgica e Clínica)
		-Atende Totalmente (Recursos Humanos CBO Especialidade Traumatológica)	Pergunta Avaliativa 6	-Atende Totalmente (Regulação do Acesso) -Atende Parcialmente (Tempo de Permanência Hospitalar)
<p>Pergunta Avaliativa 1: A estrutura do Componente Hospitalar PSM/HMS contribuiu com a Linha de Cuidado ao Trauma?</p> <p>Pergunta Avaliativa 2: Os setores de Urgência e Emergência e o Hospitalar (Ortopedia-Traumatologia) atendem as normativas da Linha de Cuidado ao Trauma?</p> <p>Pergunta Avaliativa 3: No decorrer da assistência ao paciente houve participação de equipe multiprofissional?</p> <p>Pergunta Avaliativa 4: Ocorreu disponibilização de exames e ações de apoio diagnóstico e terapêutico (SADT) e de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME) aos pacientes que fecharam critérios para atendimentos voltados à Linha de Cuidado ao Trauma?</p> <p>Pergunta Avaliativa 5: Que tipos de procedimentos foram ofertados para o cuidado Traumatológico?</p> <p>Pergunta Avaliativa 6: Houve acesso à regulação dos pacientes para outro estabelecimento de assistência à saúde que compõe a rede?</p>				
Origem da Informação	Pergunta Avaliativa	Perspectiva Donabediana de Estrutura	Pergunta Avaliativa	Perspectiva Donabediana de Processo
		Critério Avaliativo (Atende Totalmente; Atende Parcialmente; Não Atende)		Critério Avaliativo (Atende Totalmente; Atende Parcialmente; Não Atende)

Prontuários do Ambulatório Municipal de Especialidades	Pergunta Avaliativa 1	-Atende Parcialmente (Recursos Físicos) -Atende Totalmente (Recursos Humanos - Especialidade Médica, Equipes de Enfermagem e Administrativa)	Pergunta Avaliativa 2	-Atende Totalmente (Consulta Especializada de Ortopedia e Traumatologia)
Pergunta Avaliativa 1: O Ambulatório Municipal de Especialidades caracteriza-se como um componente da RAS de atenção à Linha de Cuidado ao Trauma? Pergunta Avaliativa 2: De que forma Ambulatório Municipal se organiza para atendimento das consultas especializadas Traumatolo-ortopédica?				
Origem da Informação	Pergunta Avaliativa	Perspectiva Donabediana de Estrutura	Pergunta Avaliativa	Perspectiva Donabediana de Processo
		Critério Avaliativo (Atende Totalmente; Atende Parcialmente; Não Atende)		Critério Avaliativo (Atende Totalmente; Atende Parcialmente; Não Atende)
Sistema SISREG	Pergunta Avaliativa 1	-Atende Totalmente (Agendamentos de Consultas Ambulatoriais e SADT em diferentes pontos da rede de atenção à saúde pública e privada)	Pergunta Avaliativa 2	-Atende Totalmente (Recursos Humanos - Consultas Especializadas e Fisioterapia; Recursos Tecnológicos - SADT)
Pergunta Avaliativa 1: A operacionalização do SISREG contempla a regulação do acesso à procedimentos ambulatoriais (Consultas e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico-SADT) na RAS com ênfase na Linha de Cuidado ao Trauma? Pergunta Avaliativa 2: Foram disponibilizados agendamentos de Consultas Especializadas Traumatolo-ortopédica, reabilitação/fisioterapia e exames visando a continuidade do cuidado ao trauma ortopédico na RAS?				

Fonte: Elaborado pela autora (2023)

Portanto, diante do Quadro 22 e sua respectiva Matriz de Resultado da Tríade de Donabedian, foi possível sistematizar os objetivos gerais e específicos deste estudo, oportunizando uma visão sistêmica da produção de serviços na atenção à saúde voltados à Linha de Cuidado ao Trauma Ortopédico.

Os critérios avaliativos estipulados para fechamento da análise da avaliação em saúde denominados “Atende Totalmente; Atende Parcialmente; Não Atende”, conduziram a pesquisadora a conclusões voltadas à contribuição de cada ponto de atenção da RAS para com a Linha de Cuidado ao Trauma, apresentados na sequência.

O Pronto Socorro Municipal, como já mencionado, pertencente ao Hospital Municipal, integra a Rede de Urgências e Emergências, todavia, não está habilitado junto ao Ministério da Saúde para tal atendimento, mas o HMS é considerado como a porta de entrada da RUE em Santarém assim como para os demais municípios integrados à 9ª Regional Estadual de Saúde, como já mencionado. Porém, o Setor de Trauma do PSM corresponde a 35% das internações no HMS, também reportado anteriormente. Assim, na perspectiva Donabediana

“Estrutura” entende-se que as referidas unidades assistenciais “Atendem Parcialmente” ao quesito contribuição à Linha de Cuidado ao Trauma no que tange aos recursos físicos devido aos quantitativos de enfermarias que não determinaram claramente o atendimento ao trauma sendo definidos como Sala de Repouso/Observação (totalizando 72 leitos). Em contrapartida, há evidências (não reportadas no CNES, mas que podem ser constatadas in loco) que no PSM há o Setor de Trauma o qual contempla 10 leitos. Diferentemente do PSM, o HMS sim, possui Leitos Traumato-ortopédicos. Mesmo assim, permanece a conclusão do critério “Atende Parcialmente” por não ter sido mensurada a taxa de ocupação dos leitos Traumato-ortopédicos no sentido de quantificar a capacidade plena. Tanto o PSM quanto o HMS “Atendem Totalmente” a perspectiva “Estrutura”, no tocante aos recursos humanos, por meio dos indicadores de diversificadas especialidades médicas.

Considerando a normativa relacionada à Linha do Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (Portaria Nº 1.365/2013), define-se que o PSM e o HMS “Atendem Parcialmente” a mesma na perspectiva “Estrutura”, pois tendo como base o Art. 2º, inciso III, foi possível constatar que há uma rede estabelecida no município de Santarém para o atendimento hospitalar ao trauma, e há leitos e profissionais para esta especialidade. Por outro lado, não foi mensurada a qualificação deste acesso e/ou atendimento humanizado aos pacientes. De forma empírica pela vivência profissional, é notório que as condições físicas ofertadas não contemplam uma hospitalização humanizada. Na direção avaliativa da “Estrutura” voltada aos recursos humanos, esta sim “Atende Totalmente”, por haver disponibilidade de variadas especialidades médicas, não apenas de Traumatologia-Ortopedia.

Passando para a perspectiva “Processo”, a resposta à pergunta avaliativa relacionada à participação da equipe multiprofissional na assistência ao paciente com enfoque no indicador de efetividade das consultas/avaliação, conclui-se que esse é um critério que “Atende Parcialmente” à Linha do Cuidado ao Trauma porque os dados demonstraram que 19,8% dos pacientes da amostra estudada tiveram um número de consultas inferior aos dias de internação, na prática chamadas de visitas médicas. Conclui-se também que os SADTs não estavam contemplados nos registros de todos os pacientes, assim sendo atribuído o critério “Atende Parcialmente”. Quanto à disponibilização de OPME, o critério “Atende Totalmente” fez mais sentido.

Ainda na tônica da perspectiva de “Processo”, o HMS cumpriu com a sua finalidade de Hospital Geral no atendimento Clínico e Cirúrgico Traumato-ortopédico, recebendo assim o critério “Atende Totalmente”. Registra-se, com isso, que alguns pacientes iniciaram sua

atenção assistencial na especialidade clínica e posteriormente obtiveram a denominação cirúrgica, em decorrência do procedimento cirúrgico de fato. O contrário também foi perceptível no estudo dos espelhos das AIHs. Já na avaliação dos processos de regulação do acesso, conclui-se que da amostra, 22,5% foram transferidos para outro estabelecimento de saúde de maior tecnologia/complexidade visando à continuidade da assistência requerida pela Linha do Cuidado ao Trauma, entendendo que deva ser atribuído o critério “Atende Totalmente”. No que tange ao tempo de permanência hospitalar, atribui-se que estes “Atendem Parcialmente” à perspectiva Processo, haja vista que em uma visão global as necessidades dos pacientes estavam sendo atendidas pela equipe assistencial, porém, não foi possível avaliar a qualidade e condições dessa assistência nos indicadores do tempo, pois variam de paciente para paciente. Entretanto, não pode ser deixado de lado o fato de que os pacientes ficam “internados” no PSM, o que infringe a normativa do CFM, contudo estão sendo assistidos.

Na direção do outro acesso/origem da informação - Ambulatório Municipal de Especialidades, diante da perspectiva “Estrutura”, conclui-se que este equipamento de saúde pública “Atende Parcialmente” no quesito recursos físicos devido a sua composição estrutural já mencionada e “Atende Totalmente” ao quesito recursos humanos quando avaliamos que há disponibilidade de profissional médico especialista Traumato-ortopédico, equipe administrativa e de enfermagem, estando os dois últimos profissionais no agendamento das consultas e auxílio médico. No que tange à perspectiva “Processo”, conclui-se que o Ambulatório de Especialidades Médicas “Atende Totalmente” aos critérios da Linha de Cuidado ao Trauma, por meio de consultas na especialidade de Ortopedia e Traumatologia de retorno pós-operatório.

Quanto ao último percurso metodológico - a Secretaria Municipal de Saúde, concluiu-se que em ambas as perspectivas “Estrutura e Processo” os critérios “Atendem Totalmente” à Linha do Cuidado ao Trauma, pois foram disponibilizados agendamentos de consultas e exames ambulatoriais para a maioria dos pacientes (55,49%) da amostra.

No âmbito hospitalar (HMS), alguns procedimentos administrativo e assistencial demonstraram pontos de inconsistência (informações no SISAIH01 que são oriundas dos registros das informações nos prontuários dos pacientes lançadas pelo setor do faturamento hospitalar), assim como a efetividade e/ou produção dos serviços assistenciais hospitalar ao trauma-ortopédico (tempo de permanência, tempo de regulação/transferência do paciente e a permanência do paciente em leitos de observação).

Assim, Estrutura “Física” e Processos “Protocolos” foram os maiores gargalos identificados no HMS, podendo ser atribuídos à alta demanda e à baixa capacidade operacional devido à falta de outro equipamento específico para tratamento do trauma ortopédico na RUE. Outros fatores também atrelados ao estabelecimento e priorização da Linha de Cuidado ao Trauma e os respectivos fluxos, bem como as capacitações dos profissionais aos registros das informações são consideradas primordiais nesse contexto.

De forma geral, a percepção conclusiva desta dissertação foi promissora, uma vez que os procedimentos metodológicos contribuíram para o alcance dos objetivos geral e específicos sob a tónica dos “elos” das redes de produção da Linha de Cuidado ao Trauma Ortopédico, estando esses atrelados a condições de integralidade do cuidado na atenção hospitalar e ambulatorial.

Por outro lado, é importante ressaltar que houve um esforço em integrar as informações dos bancos de dados utilizados, todavia a fragmentação das informações não permitiu aprofundar a avaliação se de fato esses elos da produção da Linha de Cuidado ao Trauma foram ofertados em tempo oportuno e de forma integral ao paciente, deixando evidente a atenção à saúde por meio da oferta de recursos e serviços, porém sem parâmetros comparativos assistenciais e/ou clínicos para uma abordagem resolutiva de um continuum assistencial em rede. Nesse sentido, acredita-se que este estudo deixa uma janela aberta para futuras pesquisas qualitativas com entrevistas junto aos pacientes, profissionais e gestores envolvidos no processo de atenção à saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa pautou-se na avaliação da atenção à saúde com base na produção dos serviços oriunda de banco de dados para compreender a Linha de Cuidado ao Trauma Ortopédico na rede de saúde pública do município de Santarém/PA, entendendo-se que os acidentes de transporte e as quedas são uma problemática de saúde. Foi possível identificar gargalos na produção de serviços assistenciais e administrativos por meio do objetivo geral “Avaliar a produção de serviços na atenção à saúde da Linha de Cuidado ao Trauma na rede de urgência e emergência e seus fluxos regulatórios a partir do Hospital Municipal de Santarém, no período de 2019 a 2021”, e alcançados por meio dos objetivos específicos que foram atrelados à Tríade Donabediana.

No transcorrer da coleta de dados e tabulação das informações foram observadas não conformidades relacionadas às limitações que os sistemas de informação utilizados apresentavam, dificuldades estas que não foram possíveis de serem sanadas no sentido de melhor elucidação devido ao não acesso aos prontuários físicos dos pacientes. Por outro lado, o detalhamento do espelho da AIH foi um instrumento potencial para conhecer o perfil social dos sujeitos da pesquisa e o seu histórico assistencial relacionado ao trauma ortopédico no contexto hospitalar. Já a continuidade da Linha de Cuidado ao Trauma na RAS denota a disponibilidade de regulação assistencial, agendamento de consultas e exames ambulatoriais, bem como acesso à reabilitação de modo a não ser possível a avaliação aprofundada acerca dos gargalos como os motivos e/ou tempo que o paciente esperou para conseguir a vaga.

A pesquisa mostrou que a saúde pública no município de Santarém requer ações de melhorias nas áreas de gestão assistencial e administrativa, visando qualificação da produção dos serviços na atenção hospitalar e ambulatorial ao trauma ortopédico, por meio da padronização dos processos de trabalho e integração dos sistemas de informação, com foco em uma Linha de Cuidado ao Trauma que atenda às necessidades de saúde proporcionando atendimento humanizado e qualidade de vida aos usuários do SUS.

Com relação ao modelo teórico de Avedis Donabedian para avaliação em saúde, salientamos que o componente “Resultado” integrou respostas às perguntas avaliativas elegíveis para os outros dois componentes da tríade - Estrutura e Processo, ficando assim perceptível a realidade situacional da disponibilidade da oferta de serviços da Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Urgência e Emergência e os fluxos regulatórios a partir do Hospital Municipal de Santarém Dr. Alberto Tolentino Sotelo comumente chamado de HMS. Ademais,

foi possível explorar os dados e assim refletir sobre a pergunta norteadora da pesquisa que problematiza “a produção dos serviços na atenção à saúde ortopédica e a formação de elos na Linha de Cuidado ao Trauma aos usuários do SUS”.

Por meio da avaliação realizada, almeja-se subsidiar informações qualificadas para os gestores/atores públicos e profissionais envolvidos no fluxo assistencial e regulatório do trauma ortopédico da Secretaria Municipal de Saúde e do Hospital Municipal de Santarém, assim como no engajamento à promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e na prevenção de doenças e agravos à saúde. Há de se planejar e efetivar a política pública de saúde da Linha de Cuidado ao Trauma centrada nas necessidades e melhoria das condições de saúde do paciente/usuário e não apenas voltadas ao cumprimento de normativas da legislação do SUS.

O ineditismo da pesquisa no tocante à compilação das informações e a conexão com a literatura torna-se um relevante instrumento de pesquisa à sociedade, quer seja por profissionais da área da saúde, quer sejam acadêmicos. Outro aspecto importante de ser pontuado, insere-se na considerável temática abordada com relação à linha de pesquisa do mestrado - Políticas Públicas e Estratégias de Desenvolvimento Regional, pois foi possível demonstrar a importância social no sentido de fomento à pesquisa acadêmica-científica.

Destaca-se ainda, a importância do fortalecimento de uma rede multisetorial engajada na promoção da prevenção de acidentes e violências uma vez que essa temática traz tantos impactos à sociedade, não apenas na saúde pública, repercutindo em outros segmentos sociais e econômicos. Outra possibilidade para fortalecer a atenção ao trauma na RUE, é buscar parcerias técnicas de gestão e de sistemas de informação por meio do Ministério da Saúde (Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia-INTO e Projeto Trauma do PROADI-SUS).

A título de informação noticiada recentemente (junho/2023), o chefe do Executivo, em entrevista dada por ocasião do 362º aniversário de Santarém, anunciou que solicitou do Governo do Estado e do ministro das Cidades, a implantação de um hospital de trauma em Santarém, pelo volume elevado de demandas e pela necessidade de atendimento dos pacientes vindos de municípios vizinhos. Nesse sentido, importa dizer que um dos gargalos intrínsecos à Linha de Cuidado ao Trauma pode ser minimizado, porém, se não houver o compromisso não só dos atores políticos, mas dos sociais em atuar de forma preventiva e educativa para mitigar os acidentes de trânsito e as quedas, por exemplo, sempre haverá impactos sociais e de saúde aos cidadãos, assim como superlotação na RUE e na RAS, ou seja, a sobrecarga do Sistema Único de Saúde e também do Sistema Previdenciário.

É importante mencionar que o objeto da avaliação da qualidade em saúde teve como base as perspectivas da tríade do teórico Avedis Donabedian de Estrutura, Processo e Resultado. Todavia, este mesmo autor aborda outros aspectos (sete pilares) que podem ser atrelados à tríade não sendo utilizados neste momento, a saber: aceitabilidade, efetividade, eficiência, eficácia, equidade, legitimidade e otimização.

Registra-se, ainda, a possibilidade de trabalhos futuros oportunizados por esta pesquisa diante de tantos indicadores e abordagens oriundas da coleta de dados, permitindo assim um olhar complementar e/ou aprofundado sob outros parâmetros das condições do agir assistencial e administrativo dentro da Linha de Cuidado ao Trauma visando a completude das informações veladas oriundas da fragilidade dos sistemas de informação para com a formação de elos em uma linha de cuidado.

Por fim, conclui-se este estudo com a avaliação da Linha de Cuidado ao Trauma Ortopédico demonstradas e discutidas com base nos sistemas de informação que oportunizaram identificar o acesso à produção de serviços na atenção à saúde (recursos, procedimentos e fluxos assistenciais/regulação do acesso) possibilitando o entendimento dos elos no ponto de vista macro da produção dos serviços para a integralidade do cuidado em rede consoantes à política pública de saúde - o SUS.

REFERÊNCIAS

BOUSQUAT, Aylene Emília Moraes; LIMA, Juliana Gagno Lima; MOTA, Paulo Henrique dos Santos; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Avaliação da Atenção Primária à Saúde. *In: TANAKA, Oswaldo Yoshimi. et al.. Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano.* Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p.101-113.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União, Brasília**, Brasília, 28 nov. 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Lex: legislação federal e marginalia**, São Paulo, 13 set. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 07 jul. 2022.

BRASIL. Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 07 jul. 2022.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm. Acesso em: 06 jul. 2022.

BRASIL. Lei Nº. 13.709, de 14 de agosto de 2018. Dispõe sobre a proteção de dados pessoais e altera a Lei nº 12.965, de 23 de abril de 2014 (Marco Civil da Internet). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2018. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/113709.htm. Acesso em: 21 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [2017]. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/69556/Portaria+de+Consolida%C3%A7%C3%A3o+n%C2%BA+2+%E2%80%93+2017--+Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde+-+Consolida%C3%A7%C3%A3o+das+normas+sobre+Políticas+Nacionais+do+SUS.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação Nº 03 de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 03 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 18 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 737 de 16 de maio de 2001. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 16 maio. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em: 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 08 jul. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html. Acesso em 12 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde-SUS. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 01 ago. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 07 jul. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 ago. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html. Acesso em: 25 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 29 set. 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html. Acesso em: 25 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 11 out. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html. Acesso em: 23 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 25 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 17 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 jul. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 20 jul. 2021.

CAIXA. **O que é a Indenização DPVAT.** Disponível em: <https://www.caixa.gov.br/servicos/dpvat/Paginas/default.aspx>. Acesso em: 10 jun. 2023

CÂMARA MUNICIPAL DE SANTARÉM. **O município.** Disponível em: <https://santarem.pa.leg.br/o-municipio/>. Acesso em: 28 ago. 2022.

CARVALHO, Diana Paula de Souza Rego Pinto; VITOR, Allyne Fortes; BARICHELLO, Elizateth.; VILLAR, Rosana Lúcia Alves de.; PEREIRA-SANTOS, Viviane Euzébia; FERREIRA-JUNIOR, Marcos Antônio. **Aplicação do mapa conceitual: resultados com diferentes métodos de ensino-aprendizagem.** Aquichan, v. 16. n. 3, p. 382-391, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n3/v16n3a09.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2023.

CBO. **Busca de CBO.** Disponível em: <https://www.ocupacoes.com.br/pesquisar?q=223505>. Acesso em: 15 mar. 2023.

CFM. **Resolução CFM nº 2.077/14.** Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2023.

CNES. **Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde.** Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=1506802329905. Acesso em: 28 ago. 2022.

CNES. **Dados Estabelecimento.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/incentivos/1506802329905>. Acesso em: 23 maio 2023.

CONASEMS. **Manual do (a) Gestor (a) Municipal do SUS – Diálogos no Cotidiano.** 2ª edição digital – revisada e ampliada – 2021. 440 p. Disponível em: https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf. Acesso em: 24 maio 2023.

COSEMS. **Conselhos de Secretarias Municipais do Estado do Pará. Listagens de Resoluções. Resolução Nº 16, de 16 de Fevereiro de 2022.** Aprovar “Ad Referendum” a atualização do Plano Estadual de Atenção Integral às Urgências do Pará - 2022/2025. Disponível em: <https://cosemspa.org.br/wp-content/uploads/2022/03/Res.-16-de-16-de-Favereiro-de-2022-1.pdf>. Acesso em: 23 maio 2023.

DATASUS. **Capítulo XX - Causas externas de morbidade e mortalidade (V0 –Y08).** Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/v01_y98.htm. Acesso em: 20 ago. 2022.

DATASUS. **CID 10.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 20 ago. 2022.

DATASUS. **Histórico**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>. Acesso em: 25 abr. 2023.

DATASUS. **Internações Hospitalares do SUS por local de internação** - Notas Técnicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxdescr.htm>. Acesso em: 25 abr. 2023.

EM SANTARÉM, setor de trauma do Hospital Municipal passa a ter médico exclusivo 24 horas. **G1 Santarém e região**. Santarém, 04 fev. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/santarem-regiao/noticia/2021/04/02/em-santarem-setor-de-trauma-do-hospital-municipal-passa-a-ter-medico-exclusivo-24-horas.ghtml>. Acesso em: 25 dez. 2021.

DPVAT. DPVAT em Números. **Relatório de Administração DPVAT 2021**. Disponível em: <https://dpvat.caixa.gov.br/Paginas/DPVAT-em-numeros.aspx>. Acesso em: 10 jun. 2023.

FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho, Cuidado e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde**. Porto Alegre, 2021. 198 p. *E-book*. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/08/Livro-Trabalho-Cuidado-e-Transicao-Tecnologica-na-Saude-Um-Olhar-a-partir-do-Sistema-Cartao-Nacional-de-Saude.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2023.

FREIRE, Mariana P.; LOUVISON, Marília; FEUERWEKER, Laura C. M.; CHIORO, Arthur; BERTUSSI, Débora. **Regulação do cuidado em redes de atenção: importância de novos arranjos tecnológicos**. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Jv5n68crwRBRTnwZm9jsxzK/>. Acesso em: 26 maio 2023.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**. Disponível em: <https://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: 02 ago. 2022.

FIOCRUZ. **SUS de A a Z**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/reformas sanitaria>. Acesso em: 08 jan. 2022.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2022.

GOULART, Sueli; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; COSTA, Camila Furlan da; KNOPP, Glauco da Costa. Articulações em rede e acontecimentos no território: subsídios teóricos para a formação de políticas públicas para o desenvolvimento. **Cadernos ebape.br**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/fH5YHnfhdPHPBPP7HS3Z9Fh/>. Acesso em: 07 jul. 2022.

GOV.BR. **O que é DPVAT**. Disponível em: <https://www.gov.br/susep/pt-br/planos-e-produtos/seguros/dpvat>. Acesso em: 10 jun. 2023.

HMS ganha novo Centro Cirúrgico e inaugura recepção reformada. **O Impacto**. Santarém, 09 mar. 2019. Disponível em: <https://oimpacto.com.br/2019/03/09/hms-ganha-novo-centro-cirurgico-e-inaugura-recepcao-reformada/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

HOSPITAL do Tapajós em Itaituba, no Pará, é inaugurado com capacidade reduzida e somente para Covid-19. **G1 Pará**. Belém, 09 jul. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2020/07/09/hospital-do-tapajos-em-itaituba-no-para-e-inaugurado-com-capacidade-reduzida-e-somente-para-covid-19.ghtml>. Acesso em: 10 jun. 2023.

IBGE. Santarém. **População**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/santarem/panorama>. Acesso em: 02 ago. 2023.

INSTITUTO MAIS SAÚDE. **Contrato 105/2020 - SEMSA/FMS de gestão hospitalar**. Disponível em: https://www.institutomaissaude.org.br/downloads/contrato_gestao_105_2020_SEMSA_FMS.pdf. Acesso em: 28 ago. 2022.

INSTITUTO MAIS SAÚDE. **Transparência. Projetos - Santarém /PA**. Disponível em: <https://www.institutomaissaude.org.br/santarem-transparencia/>. Acesso em: 05 jun. 2023.

JUNIOR KFURI, Maurício. **O trauma ortopédico no Brasil. Revista Brasileira de Ortopedia** Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/kMwk66h8H5gdS4cfkH3jCtN/#>. Acesso em: 10 jun. 2023.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, Ricardo de Carvalho Mesquita. **Integralidade e tecnologias de atenção à saúde**: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cTPxLbqWxgbjmyShw5FK8Sw/>. Acesso em: 23 maio 2023.

LINS, Julyan Gleyvison Machado Gouveia; MENEZES, Tatiane Almeida de; CIRÍACO, Juliane da Silva Ciríaco. O SUS e a Atenção Primária no Brasil: uma análise sobre o seu financiamento pelo piso da atenção básica fixo. BVS. **Planejamento e políticas públicas**, n. 55, jul./set. 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1150265>. Acesso em: 05 jul. 2022.

LOUVISON, Marília Cristina Prado. Avaliação das Redes Regionais de Atenção à Saúde. *In*: TANAKA, Oswaldo Yoshimi, et. al. **Avaliação em Saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

MELIONE, Luís Paulo Rodrigues. Morbidade hospitalar e mortalidade por acidentes de transporte em São José dos Campos, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol**, v.7, n.4, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/fp5FbjBKsmVPBFXGYk48cZB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 21 jul. 2021.

MERHY, Emerson. **Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades.** Saúde Soc. São Paulo, v.21, n.2, p.267-279, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf. Acesso em: 08 jan. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As Redes de Atenção à Saúde.** Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/smp/smpbras>. Acesso em: 28 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cenário brasileiro das lesões de motociclistas no trânsito de 2011 a 2021. **Boletim Epidemiológico-Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente**, v. 54, n.06, 27 abr, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2023/boletim-epidemiologico-volume-54-no-06/view>. Acesso em: 02 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.** 3. ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 28 p.: il. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 25 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça os direitos de todos os cidadãos usuários do SUS.**

Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/05/conheca-os-direitos-de-todos-os-cidadaos-usuarios-do-sus>. Acesso em: 25 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Curso I - Regulação de Sistemas de Saúde do SUS.**

Brasília:DF, 2021. 31 p.: il. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula1_politica_nacional_regulacao_sus.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é Atenção Primária?** Disponível em:

<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 25 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME).** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática, 2016. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_praticas_gestao_proteses_materiais_especiais.pdf. Acesso em: 25 jun. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Implantação e Implementação NIR Núcleo Interno de Regulação para Hospitais Gerais e Especializados**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência, 2017. 57 p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar>. Acesso em: 23 maio 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Hospitalar**. Brasília, 04 jun. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/atencao-especializada-e-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar>. Acesso em: 10 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Brasília:DF, 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Produtos e Serviços**: cartilha de sistemas e aplicações desenvolvidas no Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Informática do SUS, 2007. 58 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sistemas_aplicacoes_datasus.pdf. Acesso em: 25 abr. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>. Acesso em: 05 jun. 2023

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em: 28 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/#:~:text=Objetivos%20das%20Linhas%20de%20Cuidado%20Orientar%20o%20servi%C3%A7o,planejamentos%20terap%C3%AAuticos%20seguros%20nos%20diferentes%20n%C3%ADveis%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%3B>. Acesso em: 25 dez. 2021.

MUNIZ, Alailson. Nova estrutura de urgência e emergência do HMS garante espaço confortável e equipado à população. **Prefeitura de Santarém**, Santarém, 04 ago. 2021. Disponível em: <https://santarem.pa.gov.br/noticias/saude/nova-estrutura-de-urgencia-e-emergencia-do-hms-garante-espaco-confortavel-e-equipado-a-populacao688ce8a2-5e08-4e42-8328-55ae33e5125a>. Acesso em: 28 ago. 2022.

NUNES, Rayssa Ketery Barbosa; TAVARES, Tereza Cristina Feijão. **Perfil ocupacional de pacientes traumato-ortopédicos atendidos pela Terapia Ocupacional em um hospital do Oeste do Pará/Brasil**. DOI: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto15056>. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/15056>. Acesso em: 10 jun. 2023.

PORTELA, MC. Avaliação da qualidade em saúde. In: ROZENFELD, S., org. **Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p. 259-269. *E-books*. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258-15.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

PREFEITURA DE SANTARÉM. **Chamamento Público nº 001/2017-FMS-SEMSA/STM PROCESSO Nº 064/2017**. Disponível em: <https://transparencia.santarem.pa.gov.br/storage/anexos/licitacoes/20171109/2018/01/05/edita-l-da-licitacao-no-0022017d9523c02-2852-41eb-8142-e2be48d66d7e.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

PREFEITURA DE SANTARÉM. **Contrato de gestão hospitalar IPG e Semsafundo municipal de saúde**. Santarém, 2018. Disponível em: <https://transparencia.santarem.pa.gov.br/portal/documentos/contrato-de-gestao-hospitalar-ipg-e-semsafundo-mun-de-saude-c42f293e-da3d-450e-9a4c-4263fe80e6c8>. Acesso em: 28 ago. 2022.

PREFEITURA DE SANTARÉM. **Nova estrutura de urgência e emergência do HMS garante espaço confortável e equipado à população**. Santarém, 2021. Disponível em: <https://santarem.pa.gov.br/noticias/saude/nova-estrutura-de-urgencia-e-emergencia-do-hms-garante-espaco-confortavel-e-equipado-a-populacao688ce8a2-5e08-4e42-8328-55ae33e5125a>. Acesso em: 28 ago. 2022.

SANTOS, Creuza Andréa Trindade dos (Org); CHAVES, Mayco Ferreira (Org). **Guia para a elaboração e apresentação da produção acadêmica da Ufopa**. 2ª ed. rev. atu. Santarém: Ufopa, 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DO ESTADO DO PARÁ. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Belém-PA. 2016 – 264 p. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/wp-content/uploads/2022/09/Plano-Estadual-de-Saude-PES-2016-2019.pdf>. Acesso em: 23 maio 2023.

SECRETARIA DE ESTADO DO ESTADO DO PARÁ. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Belém-PA. 2019 - 207 p. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/download/plano-estadual-de-saude-2020-2023/>. Acesso em: 23 maio 2023.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARÁ. **Regionais de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.pa.gov.br/a-secretaria/regionais-de-saude/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Secretaria Municipal de Saúde. Santarém-PA. 2018 - 103 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**. Secretaria Municipal de Saúde. Santarém-PA. 2021 - 97 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Comissão de Acompanhamento e Fiscalização da OS Mais Saúde - Relatório Quadrimestral de Metas e Indicadores (Setembro a Dezembro de 2020)**. Disponível em:

https://www.institutomaissaude.org.br/downloads/re1_desempenho_caf_3_2020.pdf. Acesso em: 05 jun. 2023.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Comissão de Acompanhamento e Fiscalização da OS Mais Saúde - Relatório Quadrimestral (Setembro a Dezembro de 2021)**. 2022.

Disponível em:

https://www.institutomaissaude.org.br/downloads/re1_desempenho_caf_3_2021.pdf. Acesso em: 05 jun. 2023.

SEGURADORA LÍDER. Boletim Estatístico. Ano 10-2020. **Relatório Anual 2020**.

Disponível em: [https://www.seguradoralider.com.br/Documents/Relatorio-](https://www.seguradoralider.com.br/Documents/Relatorio-Anual/Relatorio%20Anual%20-%202020%20v3.pdf?#zoom=65%)

[Anual/Relatorio%20Anual%20-%202020%20v3.pdf?#zoom=65%](https://www.seguradoralider.com.br/Documents/Relatorio-Anual/Relatorio%20Anual%20-%202020%20v3.pdf?#zoom=65%). Acesso em: 10 jun. 2023.

SEGURADORA LÍDER. Boletim Estatístico. Ano 9-2019. **Relatório Anual 2019**.

Seguradora Líder-DPVAT. Disponível em:

<https://www.seguradoralider.com.br/Documents/Relatorio-Anual-2019.pdf?#zoom=65%>.

Acesso em: 10 jun. 2023.

SILVA, Neide Emy Kurokawa e; SANCHO, Leyla Gomes; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos. **Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos**. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Ln4T7Jd38CVw5ZFN6rKMSym/>. Acesso em: 23 maio 2023.

SILVA, Sandro Pereira. **Avanços e limites na implementação de políticas públicas nacionais sob a abordagem territorial no Brasil**. Texto para discussão. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Brasília. Rio de Janeiro: Ipea, 2013. Disponível em:

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2912/1/TD_1898.pdf. Acesso em: 04 jul. 2022.

SISREG. **Sistema de Regulação**. Disponível em:

https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina_principal. Acesso em: 26 maio 2023.

SOUSA, Lirian Raquel Bezerra de; SOUSA, Gutemberg Santos de; MONROE, Kátia Cristina Muradas da Costa; FERREIRA, Maria Goreth Silva. **Notificação do Acidente Traumático em um Hospital Público da Amazônia Brasileira**. Rev. Bras. Promoç. Saúde. 2017; 30(1): 64-71. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-846850>. Acesso em: 05 jun. 2023.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. *In*: TANAKA, Oswaldo Yoshimi, et al. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen; ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de Almeida. **Avaliação em Saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

UERJ. **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. 232p. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/wp->

content/uploads/2017/12/Constru%C3%A7%C3%A3o-da-Integralidade-cotidiano-saberes-e-pr%C3%A1tica-em-sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 23 maio 2023.

UNASUS. **Maior sistema de saúde pública do mundo, SUS completa 31 anos.** Ascom SE/UMA-SUS, 2021. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 21 dez. 2021.

UNASUS. **Redes de Atenção à Saúde:** a atenção à saúde organizada em redes. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2016. 54f.: il. ISBN: 978-85-7862-583-2. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20-%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>. Acesso em: 21 jul. 2021.

USP. **Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.**

Disponível em:

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2487249/mod_resource/content/1/MS-Linha_cuidado_trauma_RUE-2013.pdf. Acesso em: 23 maio 2023.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila et al. Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23 Sup 2:S117-S131, 2007. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/mnZKCNmWwgG7qCMzfVLWvKy/>. Acesso em: 07 jul. 2022.

APÊNDICE A - NOTAS DE RODAPÉ

4 O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento de gestão obrigatório institucionalizado na legislação do SUS e requer diálogos e convergências com outras legislações pertinentes à saúde pública, Conselho Municipal de Saúde e Conferência de Saúde, bem como de suma importância para a Programação Anual de Saúde (PAS) e para o Relatório Anual de Gestão (RAG). Portanto, “O PMS é uma importante ferramenta de gestão e pode contribuir no processo de compreensão dos principais problemas e desafios enfrentados pela saúde municipal; no processo de definição de objetivos para a gestão, bem como a visualização das estruturas, das mediações e das ações necessárias para alcançar tais objetivos; no processo de definição de uma agenda e um cronograma para as ações e medidas empreendidas; e no processo de monitoramento e avaliação da gestão” (CONASEMS, 2021, p. 76). Disponível em: [https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-](https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf)

[1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf](https://conasems-ava-prod.s3.sa-east-1.amazonaws.com/institucional/wpcontent/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf).

Acesso em: 24 maio 2023.

8 São significados de Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade: Segundo Sanar (2021) apud (Bruscato et al, 2004), **na Multidisciplinaridade** “o trabalho da equipe multidisciplinar visa avaliar o paciente de maneira independente e executando seus planos de tratamento como uma “camada adicional” de serviços. Logo, não há um trabalho coordenado por parte dessa equipe e uma identidade grupal. **Na Interdisciplinaridade**, conforme Sanar (2021) apud Campos (1995), “A abordagem em equipe deve ser comum a toda a assistência à saúde. Isso porque o principal aspecto positivo da atuação em equipe interdisciplinar é a possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas. Assim, a integração da equipe de saúde é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcancem a amplitude do ser humano, transcendendo a noção de conceito de saúde”. **A transdisciplinaridade**, “É uma epistemologia, uma metodologia proveniente do caminho científico contemporâneo, adaptado, portanto, aos movimentos societários atuais (SANAR, 2021 apud PAUL, 2005). **A transdisciplinaridade** se preocupa com uma interação entre as disciplinas, promove um diálogo entre diferentes áreas do conhecimento e seus dispositivos, visa cooperação entre as diferentes áreas, contato entre essas disciplinas (Sanar, 2021 apud IRIBARYY, 2003). Disponível em: <https://www.sanarsaude.com/portal/carreiras/artigos-noticias/multidisciplinar-interdisciplinar-e-transdisciplinar-entenda-a-diferenca>. Acesso em: 26 maio 2023.

9 Esta dissertação está dirigida para a Linha de Cuidado ao Trauma, sendo esta uma das linhas prioritárias da Rede de Urgências e Emergências (RUE). Porém, cumpre mencionar que há diferentes Linhas de Cuidado elencadas pela Secretaria de Atenção do Ministério da Saúde, quais sejam: Acidente Vascular Cerebral (AVC) no Adulto; Asma; Câncer de mama; Depressão no adulto; Diabetes Mellitus tipo 2 (Primeira Versão); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC); Doença Renal Crônica (DRC) em Adultos; Dor Lombar; Dor Torácica; Hepatites Virais; Hipertensão; Arterial Sistêmica (HAS) no Adulto; HIV / Aids no adulto; Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); Insuficiência; Cardíaca (IC) no adulto; Obesidade no adulto; Pessoas com Demência; Puericultura e Hebicultura; Tabagismo; Transtornos de Ansiedade no adulto; Transtornos por uso de álcool no adulto; Transtorno do Espectro Autista (TEA) na criança; Síndrome de infecção congênita pelo vírus Zika (SCZ). Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/todas-linhas>. Acesso em: 26 maio 2023.

21 “O TabWin é um tabulador de uso geral, bastante utilizado para realizar tabulações com dados provenientes dos sistemas de informação do Sistema Único de Saúde – SUS. Desenvolvido para atender às necessidades da área da Saúde, na obtenção de informações, o sistema também manipula dados que geram cruzamentos dando uma visão exata da situação de saúde no território analisado” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 40). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sistemas_aplicacoes_datatus.pdf. Acesso em: 25 abr. 2023.

21 SIH - Sistema de Informações Hospitalares do SUS: “Sistema contém informações sobre o pagamento dos serviços hospitalares prestados pelo Sistema Único de Saúde, por meio da captação de dados das Autorizações de Internação Hospitalar-AIH. Suas informações facilitam as atividades de controle, avaliação e vigilância epidemiológica, em âmbito nacional, e estão disponíveis para consulta, por meio de outros sistemas desenvolvidos pelo Departamento de Informática do SUS - DATASUS que são gerados a partir do processamento da AIH [...]” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 15). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sistemas_aplicacoes_datatus.pdf. Acesso em: 25 abr. 2023.

21 “O SIH/SUS coleta mais de 50 variáveis relativas às internações: identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta, valores devidos etc. Através da Internet, o DATASUS disponibiliza as principais informações para tabulação sobre as Bases de Dados do SIH/SUS [...]” (DATASUS, 2023). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/rxdescr.htm>. Acesso em: 25 abr. 2023.

21 “O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) surgiu em 1991 com a criação da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), pelo Decreto 100 de 16.04.1991, publicado no D.O.U. de 17.04.1991 e retificado conforme publicado no D.O.U. de 19.04.1991. Foi então formalizada a criação e as competências do DATASUS, que tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle” (DATASUS, 2023). Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>. Acesso em: 25 abr. 2023.

21 O SISAIH01 é um sistema descentralizado e utilizado, mensalmente, pelas unidades hospitalares para transcrição dos dados das Autorizações de Internações Hospitalares - AIH e envio dos dados às secretarias de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 16). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sistemas_aplicacoes_datasus.pdf. Acesso em: 25 abr. 2023.

21 Sistema de Regulação (SISREG) “[...] é um software web desenvolvido pelo DATASUS/MS, disponibilizado gratuitamente para estados e municípios e destinado à gestão de todo o Complexo Regulador, desde a rede de atenção primária até a atenção especializada, visando regular o acesso aos serviços de saúde do SUS e potencializar a eficiência no uso dos recursos assistenciais”. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina_principal. Acesso em: 26 maio 2023.

22 Breve Biografia de Avedis Donabedian conforme google tradutor (1919-2000): De família armênia, ele nasceu em Beirute em 1919 e cresceu perto de Jerusalém. Em 1954 mudou-se para Boston e no ano seguinte formou-se em Saúde Pública na Universidade de Harvard. Trabalhou por 28 anos em Ann Arbor na Escola de Saúde Pública da Universidade de Michigan. Sua contribuição para a sistematização do conhecimento no âmbito das ciências da saúde, especialmente voltada para a melhoria da qualidade da assistência, tem sido reconhecida mundialmente e merecedora de vários galardões. Ele desenvolveu a abordagem de estrutura, processo e resultado, que se tornou a base para medir e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Essas contribuições estão reunidas em *Evaluation of the Quality of Medical Care* (1966), e buscaram definir todos os aspectos da qualidade nos sistemas de saúde e os modelos propostos para sua mensuração; Eles são encontrados em mais de 100 artigos e 11 livros. Disponível em: <https://www.fadq.org/nosotros-2/profesor-avedis-donabedian/>. Acesso em: 27 maio 2023.

APÊNDICE B - Fluxograma de Atendimento ao Trauma no PSM/HMS e Atendimento do NIR
 - Santarém/PA. 2018-2019

