

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

# **Revista do Hospital Universitário/UFMA**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Natalino Salgado Filho  
Reitor

Antonio José Silva Oliveira  
Vice-Reitor

### HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Elizabeth de Sousa Barcelos Barroqueiro  
Presidente do Conselho de Administração

Vinícius José da Silva Nina  
Diretora Geral

Nair Portela Silva Coutinho  
Diretora Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão

Marília Cristine Valente Viana  
Diretora Adjunta de Administração e Finanças

Joyce Santos Lages  
Diretora Adjunta de Planejamento

Osiris de Fátima Moraes Rego Couto  
Diretora Adjunta de Serviços Assistenciais

#### Redação e Administração da Revista

Hospital Universitário/UFMA  
Rua Barão de Itapary, 227 - Centro  
São Luís - Maranhão - CEP: 65020-070  
Telefone: (98) 2109-1242  
Email: revista@huufma.br

## REVISTA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

### Editora Científica

Arlene de Jesus Mendes Caldas

### Editores Associados

Adalgisa de Souza Paiva Ferreira - UFMA  
Alcione Miranda dos Santos - UFMA  
Arlene de Jesus Mendes Caldas - UFMA  
Manuel Santos Faria - UFMA  
Natalino Salgado Filho - UFMA

### Conselho Editorial

Alcimar Nunes Pinheiro - UFMA  
Aldina Maria Prado Barral - UFBA/FIOCRUZ  
Antonio Augusto Moura da Silva - UFMA  
Antonio Rafael da Silva - UFMA  
Elba Gomide Mochel - UFMA  
Feliciano Santos Pinheiro - UFMA  
Fernando Antonio Guimarães Ramos - UFMA  
Fernando Lamy Filho - UFMA  
Jackson Maurício Lopes Costa - CPqGM/FIOCRUZ  
José Wanderley Vasconcelos - UFMA  
Luciane Maria de Oliveira Brito - UFMA  
Manoel Santos Faria - UFMA  
Marília da Glória Martins - UFMA  
Orlando Jorge Martins Torres - UFMA  
Raimundo Antonio da Silva - UFMA  
Sirliane Sousa Paiva - UFMA  
Zeni de Carvalho Lamy - HUUFMA

### Secretária

Ana Luzia de Sá Magalhães  
(Bibliotecária)

### Capa/Editoração Eletrônica

João Lindoso Farias Neto

### Tiragem

500 exemplares

Revista do Hospital Universitário / UFMA, periódico biomédico de divulgação científica do Hospital Universitário da UFMA, v.1, n.1, 1995- São Luís, 1995.

v. 10, n. 2, 2009

*Quadrimestral.*

(ISSN – 1677-4647)

*1. Ciências da Saúde – periódicos. I. Universidade Federal do Maranhão II. Hospital Universitário.*

CDU: 61(05)

*Editorial*

<b>Auditoria em Serviço de Saúde.....</b>	<b>7</b>
---	----------

*Artigos / Articles*

<b>Análise dos serviços de alta complexidade em terapia nutricional no estado do Maranhão: adequação à política nacional de terapia nutricional. Catarina Chaves Oliveira Filha, Cláudia Alves de Almeida, Eurico Santos Neto, Núbia de Sousa Silva, Sílvia Raimunda Costa Leite.....</b>	<b>9</b>
---	----------

<b>A qualidade da assistência ao paciente em diálise: a visão do usuário. Danielle S. da Silva Salgado, Edith Amorim Lima, Maria de Lourdes Duarte Costa, Sílvia Raimunda Costa Leite, Maria Lúcia Holanda Lopes....</b>	<b>16</b>
--	-----------

<b>Avaliação da qualidade do registro em uma unidade de alta complexidade em oncologia. Solange Raquel Barbosa Moraes, Arlene de Jesus Mendes Caldas .....</b>	<b>21</b>
--	-----------

<b>Avaliação da permanência de pacientes internados em enfermaria pediátrica do Hospital Universitário em São Luís, Maranhão. Cely Aguiar Ramos Freitas Lima, Gutemberg Costa Pereira, Hilda Oliveira Almeida Pereira, Maria José Alves Silva, Nila da Conceição Cardoso .....</b>	<b>27</b>
--	-----------

<b>Especialidades odontológicas: avaliação de um centro de assistência secundária na rede municipal em São Luís - MA. Danielli Maria Zucatei Feitosa, Larissa André dos Santos, Maria de Fátima Lopes Teixeira, Saira de Almeida Lima Barreto, Nila da Conceição Cardoso.....</b>	<b>34</b>
---	-----------

<b>Avaliação do fluxo dos prontuários no processo de internação hospitalar. Lillian da Conceição Pinheiro Rabêlo, Maria Clara Campos Rabelo, Maria Góis Diniz Galeno Machado, Zoraima Porto, Nair Portela Silva Coutinho, Ana Luzia de Sá Magalhães .....</b>	<b>42</b>
---	-----------

<b>Impacto econômico das glosas hospitalares: importância do ressarcimento na alta complexidade. Adriana Abreu Mota, Elaine Cristina Sciarra, Sílvia Raimunda Costa Leite .....</b>	<b>47</b>
---	-----------

<b>Pregão eletrônico para aquisição de medicamentos: experiência de um hospital universitário. Filipino Monteiro, Gilvan Rocha Rodrigues, Luiz Campelo Araujo, Mary Jane Mendes Pinto, Rita da Graça Carvalho Frazão Correia .....</b>	<b>52</b>
--	-----------

<b>Autorização de internação hospitalar – AIH: qualidade do preenchimento dos laudos de solicitação. Antônio Magno de Sousa Borba, Michelli Amorim Souza Guterres, Misna Rosana da Silva Meireles, Sílvia Raimunda Costa Leite .....</b>	<b>57</b>
--	-----------

<b>Mortalidade materna em São Luís, Maranhão, Brasil: 1999-2005. Ana Luiza de Souza Trabulsi, Elba Gomide Mochel, Maria Bethânia da Costa Chein, Luciane Maria Oliveira Brito, Alcione Miranda dos Santos, Iohana Gabriella Silva Ribeiro, George do Lago Pinheiro .....</b>	<b>65</b>
--	-----------

*Normas Redatoriais / Notes to Contributors*



## **Auditoria em Serviço de Saúde**

O atual contexto de competitividade e concorrência que permeia o mundo das organizações vem exigindo mudanças nos processos administrativos, principalmente, em relação ao acompanhamento dos indicadores econômico-financeiros e ao controle dessas operações de acordo com padrões de eficiência e eficácia que garantam a sobrevivência organizacional.

Neste contexto, a auditoria, vem assumindo um papel cada vez mais relevante no seio das organizações, como função de apoio à gestão, com atribuições mais amplas, com responsabilidades numa gestão eficaz, tornando-se indispensável no ambiente organizacional.

A auditoria representa uma ferramenta de apoio à gestão que lhe permite servir de assessor e consultor na identificação dos riscos e propor possíveis estratégias de ação à instituição para o melhor desempenho desta.

Hoje, a auditoria representa um grande desafio ao desenvolvimento gerencial do Gestor Hospitalar, pois diante da sua complexidade exige conhecimento para tomada de decisões em áreas cada dia mais técnicas. Além de conhecimento em ciências políticas, em economia, em finanças e teorias organizacionais, e também comunicação e relacionamento humano.

Considerando a importância da auditoria no sistema de saúde e a necessidade de qualificar profissionais para tão relevante atividade, o Hospital Universitário em parceria com o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA promoveram o Curso de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde.

Assim, os artigos que compõem este número são resultantes das pesquisas realizadas pelos alunos como trabalho de conclusão do curso, trazendo portanto, contribuições para o planejamento e mudanças de reflexões que favoreçam a qualidade na gestão hospitalar e assistência em saúde.

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa  
Vice-Coordenadora do Curso de Especialização  
em Auditoria em Serviço de Saúde - HUUFMA



## **Análise dos serviços de alta complexidade em terapia nutricional no estado do Maranhão: adequação à política nacional de terapia nutricional**

*Analysis of the services of high complexity in nutritional therapy in the state of the Maranhão: adequacy to the national politics of nutritional therapy.*

**Catarina Chaves Oliveira Filha<sup>1</sup>, Cláudia Alves de Almeida<sup>1</sup>, Eurico Santos Neto<sup>1</sup>,  
Núbia de Sousa Silva<sup>1</sup>, Sílvia Raimunda Costa Leite<sup>2</sup>**

**Resumo:** Com o objetivo de verificar a adequação dos Serviços de Alta Complexidade em Terapia Nutricional no Estado do Maranhão às portarias ministeriais que instituíram e regulamentaram a Política Nacional de Terapia Nutricional, realizou-se estudo de caráter descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa de janeiro a maio de 2008, nas quatro Unidades e Centros credenciados em Alta Complexidade em Terapia Nutricional. Para a coleta de dados utilizou-se os registros do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - CNES, e análise dos serviços prestados nas referidas Unidades, com aplicação de um check-list, baseado na Portaria 343/2005 do Ministério da Saúde, que trata da regulação do funcionamento das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e dos Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, além da observação in loco, como forma de obter maior conhecimento da realidade institucional. Os resultados evidenciaram a dificuldade dos serviços em se adequarem às exigências das portarias, sobretudo em relação aos recursos humanos.

**Descritores:** Terapia nutricional; política; unidade de terapia nutricional.

**Abstract:** In order to assess the suitability of the Service High Complexity in Nutrition Therapy in the State of Maranhão to the ministerial orders that have established and regulated in the National Policy on Nutrition Therapy, this study attempts a descriptive, retrospective, quantitative approach from January to May 2008, the four units and centers accredited high complexity Nutritional Therapy. For data collection we used records of the System of National Register of Health Facility - CNES, and analysis services provided in those units, applying a checklist, based on Decree 343/2005 of the Ministry of Health, dealing with the regulation of operation of the Units of High Complexity Care Nutritional Therapy and Reference Center of High Complexity Nutritional Therapy, in addition to on-site observation, in order to achieve a better knowledge of the institutional environment. The results showed the difficulty of the services fit the requirements of the ordinance, especially in relation to human resources.

**Keywords:** Nutritional therapy; politics; nutritional therapy.

### **INTRODUÇÃO**

A Política Nacional de Atenção em Terapia Nutricional foi instituída pela Portaria GM/MS 343 de 07 de março de 2005 e regulamentada pela Portaria SAS/MS 131 de 08 de março de 2005<sup>1,2</sup>. A Portaria GM/MS 343/05 instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, mecanismos para a organização e implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional, classificadas como:

I - Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional;

II - Centros de Referência de Alta Complexidade

em Terapia Nutricional.<sup>1</sup>

A Portaria SAS/MS 131 de 08 de março de 2005 determina que as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional proporcionem condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação da assistência integral e especializados em nutrição enteral ou enteral/parenteral, a pacientes em risco nutricional ou desnutridos, incluindo triagem e avaliação nutricional,

1. Alunos do Curso de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Mestre em Neurologia. Docente da UFMA.

indicação e acompanhamento nutricional, dispensação e administração da fórmula nutricional, podendo ainda ser responsável pela manipulação/fabricação. Deve aderir à Política Nacional de Humanização.<sup>1,2</sup>

O Centro de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional é o estabelecimento de saúde que, além de preencher os critérios de Unidade de Assistência, executa ações de triagem e avaliação, de indicação e de acompanhamento nutricional, de manipulação/fabricação, de dispensação e de administração da fórmula enteral e/ou parenteral necessária.<sup>1,2</sup>

O Centro de Referência deve prestar serviço de consultoria para outros estabelecimentos de saúde de sua área de abrangência e para o gestor, tendo as seguintes atribuições na sua área de atuação técnica:

a) assessorar a implantação dos Protocolos de “Triagem e Avaliação Nutricional”, de “Indicação de Terapia Nutricional” e de “Acompanhamento do Paciente em Terapia Nutricional”;

b) dar consultoria em nutrição, orientando a avaliação, a prescrição e o acompanhamento do paciente;

c) oferecer capacitação;

d) ser Hospital de Ensino, certificado pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1000, de 15 de abril de 2004;

e) estar articulado e integrado com o sistema de saúde local e regional;

f) dispor de estrutura de pesquisa e ensino organizados, com programas e protocolos estabelecidos em terapia nutricional;

g) ter adequada estrutura gerencial capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

h) subsidiar as ações dos gestores na regulação, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;

i) subsidiar os gestores em suas ações de capacitação e treinamento na área específica;

j) dispor de mecanismos de acompanhamento e avaliação de qualidade.

Essa Portaria também define que as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional poderão prestar atendimento nos serviços abaixo descritos:

I – Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional – Enteral;

II – Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional – Enteral e Parenteral.<sup>1,2</sup>

A auditoria em Terapia Nutricional nas Unidades habilitadas visa diagnosticar a situação e realização dos procedimentos aos usuários do Sistema Único de

Saúde, referente ao exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas.<sup>3</sup>

A auditoria em saúde proporciona subsídios que orienta o gestor para otimização dos serviços, ampliando seu campo de atuação para análise da assistência prestada, tendo em vista a qualidade na avaliação da eficácia e eficiência dos processos.

Assim, a auditoria vem possibilitar a verificação das conformidades e não conformidades nas Unidades de Terapia Nutricional do Estado do Maranhão, conforme as Portarias SAS/MS 131 de 08 de março de 2005 e Portaria GM 343 de 07 de março de 2005.

Entende-se como objetivo principal da Terapia Nutricional a disponibilização de um conjunto de procedimentos terapêuticos para manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente.

A Terapia de Nutrição Enteral (TNE) é a ingestão controlada de nutrientes, na forma isolada ou combinada, de composição definida ou estimada, especialmente formulada e elaborada para uso por sondas ou via oral, podendo ser industrializada; utilizada exclusiva ou parcialmente para substituir ou completar a alimentação oral em pacientes desnutridos ou não; conforme suas necessidades nutricionais, pode ser realizada em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visando à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas<sup>4</sup>. A Terapia de Nutrição Parenteral (TNP) é entendida como solução ou emulsão, composta basicamente de carboidratos, aminoácidos, lipídios, vitaminas e minerais, estéril e apirogênica, acondicionada em recipiente de vidro ou plástico; destinada à administração intravenosa em pacientes desnutridos ou não, em regime hospitalar, ambulatorial ou domiciliar, visa à síntese ou manutenção dos tecidos, órgãos ou sistemas<sup>5</sup>. A Nutrição Mista compreende o uso simultâneo de nutrição enteral e parenteral.

Assim, as Nutrições Enterais, Parenterais e Mistas exigem cuidados especiais, onde o cumprimento da Lei se faz necessário uma vez que esses tipos de alimentação contribuem para o restabelecimento do paciente.

Com o objetivo de verificar a adequação dos serviços de Terapia Nutricional existentes em São Luís às Portarias GM 343 de 07 de março de 2005 e Portarias SAS/MS 131 de 08 de março de 2005, evidenciando dificuldades e facilidades no cumprimento das exigências para habilitação desses serviços, decidiu-se realizar o presente estudo.

## MÉTODOS

Este estudo compreendeu uma pesquisa de caráter descritivo, quantitativo e retrospectivo no período de janeiro a maio de 2008, sendo realizado em quatro Unidades de Assistência de Alta Complexidade

em Terapia Nutricional no Estado do Maranhão: Hospital Universitário da UFMA – hospital público federal de assistência, ensino, pesquisa e extensão, com 573 leitos; Hospital Municipal Djalma Marques

– HMDM, hospital público municipal de urgência e emergência atendendo em todas as especialidades, com 120 leitos, sendo 11 leitos de UTI; Hospital Municipal Clementino Moura – HMCM, hospital público municipal de urgência e emergência com 171 leitos, sendo 20 para UTI. Maternidade Marly Sarney, hospital maternidade público, considerado referência no atendimento a gestação de alto risco para todo o Estado, com 134 leitos, sendo 20 de UTI.

A coleta dos dados foi através da aplicação de um *check-list* aos responsáveis pelo setor de Terapia Nutricional de cada uma das quatro Unidades pesquisadas. Previamente à aplicação do instrumento

de pesquisa, os dados referentes às Unidades de Terapia Nutricional foram coletados nos registros do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES. O instrumento foi constituído por perguntas abertas contendo as seguintes variáveis: adequação da qualidade dos processos de preparação das dietas; as conformidades quanto às instalações físicas, equipamentos e recursos humanos conforme a portaria GM/MS nº 343/2005. Para a execução desse estudo obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

### RESULTADOS

O número de atendimentos mensais de Terapia Nutricional (TN) no período de janeiro a maio de 2008, nas unidades pesquisadas mostraram que o HUUFMA e HMDM apresentaram o maior número de atendimentos em Nutrição Parenteral, sendo que no HUUFMA o mês de maior procedimento foi maio, e HMDM o mês de maior procedimento foi abril. Entretanto as unidades que atenderam o maior número de nutrição enteral foram dispensadas no HUUFMA e no HMCM observou-se que o mês de janeiro obteve maior demanda.

Quanto a atendimentos ambulatoriais de Terapia Nutricional, detectou-se que apenas 40% realizam esse tipo de serviço (figura 1).

No que se refere à presença de banco de dados, protocolos de triagem, avaliação nutricional e prontuário único nas Unidades observou-se todas as unidades pesquisadas estão em conformidade com a legislação vigente, pois as mesmas estão seguindo as orientações e dispõe de sistema de informações organizado. No item que trata da existência de uma equipe multidisciplinar organizada, qualificada e com as rotinas e normas definidas e escritas pode-se perceber que todas possuem médicos, nutricionistas, enfermeiros, e farmacêuticos, entretanto não atendem à legislação vigente referente ao profissional médico com titulação em Nutrologia.

Quanto à estrutura física observou-se que as unidades apresentaram algumas não conformidades.

Quanto à manutenção preventiva observou-se que 100% das unidades não estão adequadas, tendo em vista, a ausência de cronogramas de manutenção preventiva. A falta de cronograma de limpeza foi uma não conformidade apresentada em 3 unidades. Já na questão sobre possuir uma passagem para a entrada de insumos e materiais de embalagem em condições de segurança distinta da área da saída das nutrições (NE) já preparadas constatou-se que duas apresentam não conformidade.

A Portaria 120 de 14 de abril de 2009, no Art. 1º, VI - Anexo VI A e B apresenta a relação de hospitais habilitados em Terapia Nutricional, nos respectivos Estados<sup>6</sup>, dentre outros, habilita no Estado do Maranhão o HUUFMA para realizar nutrição enteral/parenteral e o HMDM para realizar nutrição enteral.

Quadro 1 – Não conformidades encontradas nos estabelecimentos de saúde habilitados em terapia nutricional, São Luís, MA, 2008.

Não conformidades referentes à estrutura física, equipamentos e manutenção	f	%
Bancadas sem padronização	1	25
Localização inadequada com risco de contaminação	1	25
Falta de Manutenção Preventiva	4	100
Falta de cronograma de limpeza	3	75
Equipamentos sem condições de uso	1	25
Paredes com revestimentos inadequados	1	25
Passagem para a entrada de insumos e materiais de embalagem em condições de segurança distinta da área da saída das nutrições (NE) já preparadas, nas Unidades de NT	2	50

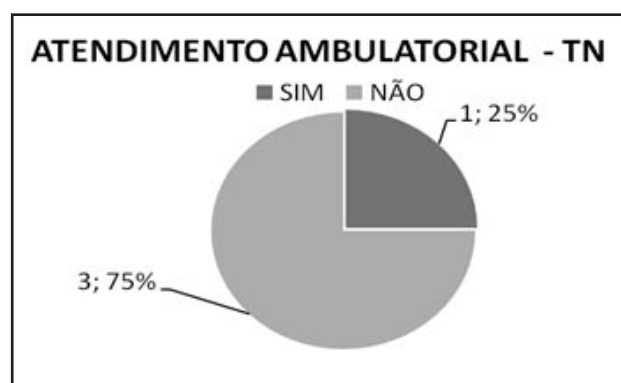


Figura 1 – Atendimento Ambulatorial de terapia nutricional nos estabelecimentos de saúde de São Luís, MA, 2008.

Quadro 2 – Atendimento mensal de nutrição enteral e parenteral, nas unidades credenciadas. São Luís-MA. 2008.

Unidade	Número de atendimentos Enteral / mês						Unidade	Número de atendimentos Parenteral / mês					
	jan	fev	mar	abr	maio	Total		jan	fev	mar	abr	maio	Total
HUUFMA	3267	2987	3127	3588	3174	16.143	HUUFMA	376	373	341	395	422	1.907
HMMS	18	10	14	20	16	78	HMMS	50	50	50	50	50	250
HMDM	865	797	896	817	721	4.096	HMDM	121	36	166	174	142	639
HMCM	2391	1956	2034	1839	1809	10.029	HMCM	10	08	13	16	10	57
TOTAL	3541	5750	6071	6264	5720	30.346	TOTAL	557	467	570	635	624	2.853

### DISCUSSÃO

Os preparos das terapias nutricionais devem ser feitos de forma correta, em área específica e com instalações especialmente destinadas para este fim, de acordo com protocolos estabelecidos, visando ao cumprimento das Boas Práticas de Preparo, para evitar o risco de contaminação e garantir a administração adequada dos nutrientes de que o paciente necessita. Dessa forma pode-se perceber que as Unidades pesquisadas atendem em parte o que comunga a legislação, sendo que os critérios não atendidos que caracterizaram não conformidades, podem comprometer a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

O Secretário de Atenção à Saúde do Ministério, Alberto Beltrami comenta o seguinte: pela primeira vez, unificamos os critérios relativos à Terapia Nutricional, Enteral ou Parenteral. O objetivo é garantir o atendimento de qualidade a pacientes em grave risco de nutrição<sup>5</sup>. Neste contexto, com o objetivo em garantir a qualidade do atendimento aos pacientes com risco nutricional, a legislação vigente apresenta condições rígidas para o seu cumprimento pelos serviços credenciados.

A Terapia Nutricional requer o desenvolvimento de princípios que determinam a melhor assistência nutricional, com segurança e responsabilidade da equipe multidisciplinar, onde os procedimentos devem estar condizentes com as leis que regulamentam esse serviço. Reconhece-se, atualmente, o impacto causado pela formação de equipes ou comissões multidisciplinares de suporte nutricional parenteral, sobre a racionalização da terapêutica nutricional, como a escolha de nutrientes específicos e a padronização das formulações nutritivas<sup>6,7</sup>.

Para a adequação das exigências das portarias no que se refere à Terapia Nutricional, evidenciou-se três fases de dificuldades nas unidades pesquisadas;

A fase de credenciamento/recredenciamento foi lenta devido à complexidade de formulário;

A fase seguinte constituiu-se da dificuldade na composição da equipe multidisciplinar com a imposição de que a titularidade do profissional médico deveria abranger especificamente a área de Nutrologia;

A terceira fase referiu-se às condições rígidas impostas às Unidades para a manipulação da nutrição enteral.

As dificuldades referidas pelas unidades

representam dificuldades no atendimento dos critérios impostos na legislação. Por esse motivo ocorre o não atendimento pleno dessa Portaria, pois as instituições de saúde que prestam serviços em Terapia Nutricional deverão seguir pré-requisitos mais rígidos e serão responsáveis pela prestação integral do serviço<sup>8,9</sup>.

As não conformidades de estrutura apresentadas devem ser corrigidas para que os procedimentos sejam realizados dentro do rigor das legislações ministeriais.

As bancadas de duas instituições não apresentam o que preconiza a legislação, pois o material dificulta o processo de limpeza. O material mobiliário deve ser construído de material liso, impermeável, facilmente lavável e que não libere partículas e que seja passível de desinfecção pelos agentes normalmente utilizados<sup>9</sup>.

A localização da sala de parenteral é inadequada em uma das unidades, pois a porta de entrada está localizada em um corredor com pacientes que apresentam ferimentos graves, e fica próximo ao Centro Cirúrgico de alta rotatividade. A portaria relata que as áreas e instalações devem ser adequadas e suficientes ao desenvolvimento das operações, objetivando evitar os riscos de contaminação.

Verificou-se que quatro unidades não possuem manutenção preventiva. A falta da Manutenção Preventiva, com um roteiro para a sua execução possibilita que os equipamentos tenham menor vida útil, além de comprometer o controle da qualidade dos mesmos.

A falta de um cronograma de limpeza em três das unidades pesquisadas dificulta a comprovação de que o setor de Terapia Nutricional esteja sendo higienizado adequadamente, pois o cronograma aponta como preparar o ambiente e manter a ordem, proporcionando maior segurança ao desempenho das ações desenvolvidas, melhorando a qualidade dos serviços.

Diante das informações citadas sugere-se alternativas para que essas não conformidades sejam minimizadas ou eliminadas e o serviço possa atender com rigor às exigências das legislações ministeriais:

- Mudança de bancadas com material apropriado;
- Remoção da parenteral para um local adequado, de preferência próximo à farmácia e que

não tenha risco de contaminação;

- Adoção de Manutenção Preventiva com roteiro contendo a avaliação do equipamento e a periodicidade de ocorrência da Manutenção Preventiva, com as devidas assinaturas;

- Elaboração de um cronograma de limpeza com

planilha de controle de higienização;

Quanto à presença de um nutrólogo na equipe multidisciplinar, a instituição deverá solicitar a contratação ou assessoria periódica do profissional especializado.

### CONCLUSÃO

O preparo da Terapia Nutricional deve ser feito em área específica e com instalações especialmente destinadas para este fim, para evitar o risco de contaminação e garantir a administração adequada dos nutrientes de que o paciente necessita.

As Unidades e Centro de Referências do Estado do Maranhão cumprem parcialmente as exigências das portarias ministeriais, entretanto as não conformidades apresentadas são passíveis de correção.

Observou-se que há necessidade de maior investimento em materiais, equipamentos e área física para otimizar o funcionamento do serviço.

Este estudo demonstrou a importância de

melhoria nos serviços de Terapia Nutricional, na maioria das Unidades no Estado do Maranhão, conforme preconiza a legislação, adotando-se procedimentos de padronização e avaliação regular dos serviços, com auditoria que contribui para que essas Unidades possam buscar estratégias de adequação às legislações vigentes.

Conclui-se que a adoção de medidas que oportunizem a adequação dos serviços à Política Nacional de Terapia Nutricional, sejam eficazes para a garantia de qualidade aos usuários do Sistema Único de Saúde nas Unidades de Alta Complexidade em Terapia Nutricional.

### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete do Ministro n. 343 de 7 de março de 2005. Institui, no âmbito do SUS, mecanismos para implantação da assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. *Diário Oficial da União*, 2005 mar 11; Seção 1.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 131 de 08 de março de 2005. Define Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e Centros de Referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2005 mar 11; Seção 1.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *Manual de Orientação Técnica Hospitalar/Atualização*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução 63 de 6 de junho de 2000*. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Enteral. [capturado 2009 abr 5]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/63\\_00rdc.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2000/63_00rdc.htm).
5. Cupani G. Normas Terapia Nutricional. *Folha de São Paulo*, 2009 abr; 20.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 120 de 14 de abr de 2009. Resolve aprovar normas de classificação e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços de Assistência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional Enteral e Enteral/ Parenteral. *Diário Oficial da União*, 2005 abr 20; Seção 1.
7. Marchini JS Okano, N Cupo, P Passos NM, Rodrigues RS, Maçao S, Basile-Filho A. Nutrição Parenteral: princípios gerais, formulários de prescrição e monitorização. *Revista Medicina Ribeirão Preto*, 1998 jan./mar; 21:62-2.
8. Caiaffa WT, Correia MI, Waitzberg DL. *Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Gabinete do Ministro n. 172 de 8 de abril de 1998. Aprova o Regulamento Técnico para fixar os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral. *Diário Oficial da União*, 1999 abr 15; Seção 1.

## A qualidade da assistência ao paciente em diálise: a visão do usuário

*The quality of patient care in dialysis: the vision of the user.*

Danielle S. da Silva Salgado<sup>1</sup>, Edith Amorim Lima<sup>1</sup>, Maria de Lourdes Duarte Costa<sup>1</sup>,  
Sílvia Raimunda Costa Leite<sup>2</sup>, Maria Lúcia Holanda Lopes<sup>3</sup>

**Resumo:** A Insuficiência Renal é considerada um sério problema de saúde pública e de grande relevância, visto que seu tratamento constitui-se um desafio para os profissionais, governos e convênios médicos, pois envolve conhecimentos específicos, riscos e alto custo. A assistência ao portador de insuficiência renal busca, principalmente, promover a melhoria geral do seu estado de saúde e seu restabelecimento social. Desta forma a melhoria da qualidade desta assistência passa a ser uma responsabilidade de todos, com foco nas necessidades e expectativas destes pacientes. Assim realizou-se estudo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, cujo objetivo foi avaliar a qualidade da assistência ao paciente em diálise, sob a visão do usuário no Hospital Universitário HUUFMA, A pesquisa foi realizada no mês de maio de 2009, com uma amostra constituída de 42 pacientes que deram sua opinião sobre a qualidade da assistência do Serviço de Nefrologia do HUFMA. Verificou-se que os usuários estão satisfeitos com o tempo de espera para o início da diálise. Quanto a opinião referente ao conforto, limpeza, acomodações e sinalização, o usuário relatou uma insatisfação em relação às acomodações (37,1%). Em relação à alimentação oferecida, 21,5% estão insatisfeitos. Sobre a atividade educativa 70,7% acham importante, mas, 71,4% referiram não participar. Quanto ao atendimento pela equipe de saúde 47,6% não sabe onde reclamar quando não é bem atendido. 50% dos usuários demonstrou uma expectativa em relação ao atendimento no HU "melhor do que imaginava".

**Descritores:** Diálise; qualidade; usuário.

**Abstract:** Renal failure is considered a serious public health problem and of great importance, since its treatment is a challenge for professionals, governments and health insurance because it involves expertise, risks and high cost. Assistance to patients with renal seeking primarily to promote the general improvement of their health and their social restoration. Thus improving the quality of care becomes a shared responsibility, with focus on the needs and expectations of these patients. So held exploratory, descriptive study with a quantitative approach, whose aim was to evaluate the quality of patient care in dialysis, in the view of the User of University Hospital, The research was conducted in May 2009 with a sample consisted of 42 patients who gave their opinion on the quality of care of the Department of Nephrology of the HUUFMA. It was found that users are satisfied with the waiting time for the start of dialysis. As for the opinion regarding the comfort, cleanliness, accommodation and signaling, the User reported a dissatisfaction with accommodation (37.1%). Regarding feeding, 21.5% are dissatisfied. On the educational activity 70.7% feel important, but 71.4% said they did not participate. The call by healthcare 47.6% do not know where to complain when it is not well served. 50% of users showed an expectation in relation to meeting the HU "better than imagined".

**Keywords:** Quality; dialysis; users.

### INTRODUÇÃO

A insuficiência renal constitui-se um sério problema de saúde pública e de grande relevância, pois seu tratamento envolve conhecimentos específicos, riscos, diversidade de opções e custos.<sup>1</sup>

A insuficiência renal pode ser classificada em aguda e crônica. Sendo a primeira caracterizada como rápida (horas ou dias) deterioração da função renal e acúmulo de resíduos nitrogenados, enquanto que

1. Alunos do Curso de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Mestre em Neurologia. Docente da UFMA.

3. Mestre em Enfermagem. Docente da UFMA

na crônica, ocorre à presença de danos renais, pelo período de três ou mais meses<sup>2</sup>.

No Brasil, são escassos os dados sobre a insuficiência renal aguda (IRA), e mortalidade associada, contudo, observa-se que os pacientes portadores desta patologia que se apresentam sem complicações têm um bom prognóstico e mortalidade inferior a 10%, ao contrário do que se observa na insuficiência renal aguda complicada, com taxa de mortalidade entre 50 a 70%. Esse percentual ocorre em função dos fatores que predis põem a insuficiência renal, a natureza e o momento do evento inicial, a resposta do rim a essa injúria e as conseqüências tardias da IRA<sup>2</sup>.

Estudos comprovam que apesar dos avanços tecnológicos, nos pacientes com IRA grave, a taxa de mortalidade permanece inalterada, ficando em torno de 50%. Sendo que a insuficiência renal por si só já se constitui um fator relativamente comum de complicações nas internações, estando associadas à elevada morbidade e mortalidade<sup>2</sup>.

A insuficiência renal terminal é caracterizada por filtração glomerular menor que 15 ml/min, ou necessidade de diálise. Insuficiência renal crônica (IRC) trata-se de um diagnóstico sindrômico de perda progressiva, geralmente irreversível, da filtração glomerular, que pode ser medida de modo aproximado pela depuração de creatinina endógena<sup>2</sup>.

A doença renal crônica é multicausal, tratável de várias maneiras, controlável, mas incurável, progressiva, e tem elevada morbidade e letalidade. Está associada a muitos custos pessoais, sociais e financeiros<sup>2</sup>.

A incidência da doença renal tem aumentado no mundo todo a cada ano. Durante a última década o número de pacientes em diálise tem crescido 7% ao ano em todo mundo. Atualmente 1,1 milhões de pessoas são submetidos à diálise. Vale ressaltar, que o início precoce do tratamento reflete em uma melhor expectativa de vida e conseqüentemente uma redução das co-morbidades dos portadores de insuficiência renal crônica<sup>3</sup>.

A oferta de assistência ao paciente portador de IRC com o objetivo principal de promover a melhoria geral do seu estado de saúde e restabelecimento social é um desafio para os profissionais que cuidam desta população, para os governos e convênios médicos<sup>4</sup>.

No mundo moderno, guiado pela responsabilidade e competitividade, observa-se uma preocupação crescente e constante com a melhoria de modelos gerenciais que resultem na oferta de serviços com qualidade, baixos índices de erros e menores custos. Certamente a busca pela qualidade deixou de ser uma opção e tornou-se um pré-requisito para a sobrevivência e competitividade das Instituições. Comparada à indústria, a utilização desse sistema ocorreu tardiamente na saúde. De fato, somente no início da década de 50 observou-se maior incorporação das práticas de qualidade, sendo que as causas dessa demora foram a baixa competitividade, a alta variabilidade dos serviços oferecidos, a assimetria dos processos empregados, colaboradores e motivação distintos e principalmente, o fato de o usuário não ter conhecimento ou referência técnica para julgar o serviço<sup>2</sup>.

Com o advento de vários sistemas gerenciais para a melhoria da qualidade, esta passa a ser uma tarefa coletiva com foco na satisfação das necessidades e expectativas dos clientes, sendo que o trabalho é realizado por meio de "processos", havendo ênfase nos aspectos de educação contínua da equipe, com incentivo à formação de grupos de trabalho para gerenciamento das oportunidades de melhorias<sup>2</sup>.

A administração da qualidade emprega o planejamento, o controle e a melhoria da qualidade. É necessário instaurar mecanismos para escutar a "voz do cliente" e sintonizar o planejamento do serviço com estas modulações. Avaliações sistemáticas da percepção dos pacientes e do impacto dos processos de tratamento sobre sua saúde devem ser incluídas na avaliação dos serviços de saúde<sup>4</sup>.

O interesse por esta pesquisa foi baseado na observação da satisfação do usuário sobre a qualidade da assistência que lhe é oferecida, contribuindo assim para uma sistematização de cuidados que contemplem a melhoria da assistência ao portador de doença renal em tratamento dialítico.

Diante destas considerações o estudo tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência ao paciente em diálise, sob a visão do usuário, conhecendo a opinião sobre o atendimento, no que se refere ao conforto, limpeza alimentação, segurança, ética, tempo de atendimento, humanização e atividades educativas; apontando fatores que interferem na qualidade da assistência.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa. A população deste estudo foram os pacientes em tratamento dialítico no Hospital Universitário da UFMA - HUUFMA. A amostra foi constituída por todos os pacientes da escala de atendimento nos dias de terça-feira, quinta-feira e sábado, nos turnos matutinos e vespertinos, que estiveram presentes no momento da visita dos pesquisadores e que aceitaram participar desta pesquisa, perfazendo um total de 42 pacientes.

O estudo foi realizado no Serviço de Nefrologia do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra, cujo atendimento de alta complexidade é referência para o Maranhão, recebendo pacientes com diagnóstico de doença renal, oriundos de todo o Estado e ainda de Estados adjacentes como Pará e Piauí, com uma demanda de aproximadamente 140 pacientes/mês em tratamento dialítico.

O Serviço de Nefrologia possui uma equipe multidisciplinar composta por médicos e enfermeiras

especialistas, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social, todos capacitados para o atendimento ao doente renal.

Os dados foram coletados nos meses de maio/2009. A fonte de dados foram os pacientes, previamente esclarecidos sobre a pesquisa e convidados a participar da mesma através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um questionário com perguntas fechadas.

## RESULTADOS

De acordo com os resultados, verifica-se que 52,4% dos usuários consideram que o tempo para o início da diálise não demora; o que demonstra coerência com o nível de satisfação apontado por 78,6% (tabela 1).

**Tabela 1** – Opinião do usuário do Serviço de Nefrologia referente ao tempo de espera para início da diálise. HUUFMA. São Luís – MA, 2009.

Variáveis	f	%
<b>Tempo de espera</b>		
Não demora	22	52,4
Demora pouco (até 30 minutos)	17	40,5
Demora muito (até 1 hora)	3	7,1
<b>Satisfação</b>		
Muito satisfeito	4	9,5
Satisfeito	33	78,6
Insatisfeito	5	11,9
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Em relação à alimentação oferecida, observou-se predominância (64,2%) na resposta como "satisfeito" (figura 1).

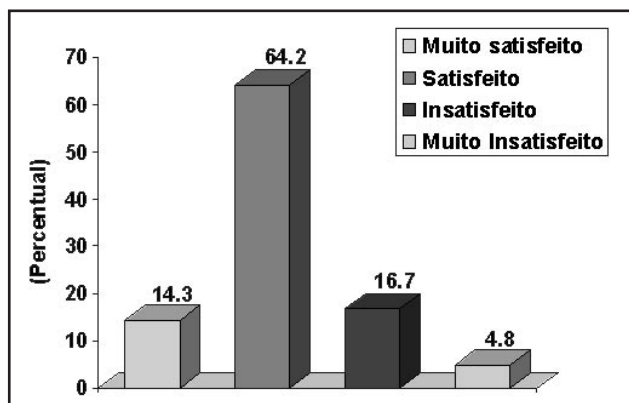


Figura 1 - Opinião do usuário do Serviço de Nefrologia quanto à alimentação. HUUFMA. São Luís – MA, 2009.

Os dados foram digitados e analisados no programa EPI-INFO 2000 e representados, quantitativamente, em figuras e tabelas, utilizando-se a estatística descritiva.

Em atendimento à resolução número 196/96, considerando os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde<sup>5</sup>, O estudo teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão conforme Parecer nº. 173/09.

Um número significativo de usuários consideram o ambiente confortável (61,9%) e limpo(73,8%), as roupas confortáveis(95,2%) e limpas(92,9%), as acomodações satisfatórias(61,9%) e o ambiente bem sinalizado(83,3%), (tabela 2).

**Tabela 2** – Opinião do usuário do Serviço de Nefrologia referente ao conforto, limpeza, acomodações e sinalização. HUUFMA. São Luís – MA, 2009.

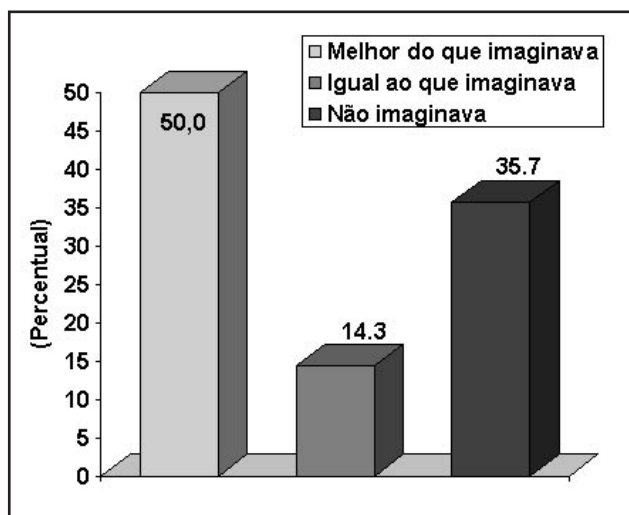
Variáveis	f	%
<b>Conforto do ambiente</b>		
Muito bom	3	7,1
Bom	26	61,9
Regular	12	28,6
Ruim	1	2,4
<b>Limpeza do ambiente</b>		
Muito bom	5	11,9
Bom	31	73,8
Regular	6	14,3
<b>Roupas confortáveis</b>		
Sim	40	95,2
Não	2	4,8
<b>Roupas Limpas</b>		
Sim	39	92,9
Não	3	7,1
<b>Acomodações satisfatórias</b>		
Sim	26	61,9
Não	16	37,1
<b>Estabelecimento bem sinalizado</b>		
Sim	35	83,3
Não	3	7,1
Não percebido	4	9,5
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

Quanto à participação do usuário em atividades educativas, 71,4% não participam, embora 70,7% considerem importante sua realização (tabela 3).

**Tabela 3** – Opinião do usuário do Serviço de Nefrologia quanto à participação e importância de atividades educativas. HUUFMA. São Luís – MA, 2009.

Variáveis	f	%
<b>Participação</b>		
Sim	12	28,6
Não	30	71,4
<b>Importância</b>		
Muito importante	10	24,4
Importante	29	70,7
Sem importância	2	4,9
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

A expectativa do usuário sobre o atendimento no HUUFMA foi melhor do que imaginava (50,0%), como expressa a figura 2.



**Figura 2** – Expectativa do usuário do Serviço de Nefrologia em relação ao atendimento no Hospital Universitário HUUFMA, São Luís – MA, 2009.

Quanto ao atendimento, 97,6% dos usuários consideram que a equipe demonstra educação, 97,6% respeito, 90,5% interesse no atendimento, 90,5% confiam na equipe, 90,5% recebem esclarecimento sobre a doença, 78,6% conhecem os profissionais pelo nome e 52,4% sabem onde reclamar quando não é bem atendido (tabela 4).

**Tabela 4** – Opinião do usuário do Serviço de Nefrologia quanto ao atendimento pela equipe de saúde. HUUFMA. São Luís – MA, 2009.

Variáveis	f	%
<b>Educação</b>		
Sim	41	97,6
Não	1	2,4
<b>Respeito</b>		
Sim	41	97,6
Não	1	2,4
<b>Interesse</b>		
Sim	38	90,5
Não	4	9,5
<b>Confiança</b>		
Sim	38	90,5
Mais ou menos	4	9,5
<b>Recebe informações e esclarecimentos sobre a doença</b>		
Sim	38	90,5
Não	4	9,5
<b>Conhece os profissionais pelo nome</b>		
Sim	33	78,6
Não	9	21,4
<b>Sabe onde reclamar quando não é bem atendido</b>		
Sim	22	52,4
Não	20	47,6
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

## DISCUSSÃO

A percepção do cliente e sua satisfação estão ligadas ao serviço de qualidade. A performance do serviço e os seus resultados, na maioria das vezes, está focada nas necessidades dos clientes e em suas expectativas, demonstrando que a satisfação do cliente é de fundamental importância como medida de qualidade, além de um grande instrumento de gerenciamento do Serviço<sup>6</sup>.

Segundo Polizer e D’Innocenzo apud Malik e Shiesari<sup>7</sup>, a expressão “cliente” ou “usuário” caracteriza-se como aquele que recebe o serviço ou o benefício de determinado trabalho, ou seja, para quem alguém efetua/oferece um serviço e sua satisfação tornou-se fator de sucesso.

Assim, verifica-se que 52,4% dos usuários estão satisfeitos com o tempo de espera para o início da diálise, inclusive aqueles que responderam “demora pouco” justificam entendendo que a causa é relacionada a fatores como dificuldade de transporte dos pacientes procedentes de outros municípios.

Quanto ao conforto, limpeza, acomodações e sinalização também evidenciam o nível de satisfação do usuário, uma vez que as respostas mencionadas foram as seguintes: 61,9% e 73,8% consideram bom o conforto e a limpeza dos ambientes, respectivamente. Quanto ao conforto e limpeza das roupas, acomodações satisfatórias e sinalização do ambiente, a prevalência das respostas indicam um bom nível de satisfação.

Franco e Campos apud Nogueira, sugerem a aplicação de princípios organizacionais que resguardem o conforto do usuário e aumentem a percepção dos profissionais sobre o sentido do conjunto dos atos<sup>8</sup>.

Os usuários estão “muito satisfeitos” e “satisfeitos”, com a qualidade da alimentação que é oferecida.

Pesquisa realizada em 2003, no mesmo Serviço encontrou um percentual de satisfação de 58%. Portanto, houve uma melhora neste indicador.

Estudos mostram que a insatisfação com a alimentação fornecida no âmbito hospitalar está relacionada com as restrições da dieta, determinada de acordo com a patologia de cada paciente.

Em relação as atividades educativas, as respostas apresentadas apontam uma divergência relacionada a participação dos usuários e a importância atribuída por eles a estas atividades. Apesar de 70,7% considerarem importante a realização de atividades educativas, 71,4% não participam destas.

Neste item o Serviço pode não estar correspondendo às expectativas do usuário. Alguns deles declararam não ter conhecimento da realização de atividades educativas atualmente. Por outro lado, o percentual de respostas afirmativas quanto a participação (28,6%) podem ter sido atribuídas à presença dos usuários em reuniões informativas do Serviço e/ou atividades desenvolvidas no passado.

A atividade educativa para os pacientes em diálise deve ser uma fonte de informação e entretenimento, visando minimizar o desconforto e a ociosidade inerentes ao tempo da sessão de diálise.

Para Burg et al, a atividade lúdica educativa é importante para a mudança de comportamento do paciente renal crônico, promovendo uma maior aceitação de sua doença e adesão ao tratamento, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida<sup>9</sup>.

A equipe de saúde deve garantir ao cliente uma assistência livre de danos físicos ou morais, promovendo uma atenção individualizada, reconhecendo valores e esclarecendo dúvidas. Desta forma, estabelecendo uma relação de confiança entre ambos os lados.

Levando o usuário a sentir-se valorizado e confiante, capaz de manifestar suas críticas e sugestões.

Os dados referentes ao atendimento pela equipe de saúde do Serviço de Nefrologia mostraram que o usuário é tratado com educação, respeito e interesse, reafirmando a relação de confiança estabelecida. Os resultados obtidos demonstram que estes usuários recebem informações e esclarecimentos sobre a doença, permitindo-lhes assumir um papel ativo no seu tratamento. Foi observado nesta tabela que a variável “sabe onde reclamar quando não é bem atendido”, embora um número significativo não saibam onde reclamar.

O grau de informação que o paciente possui sobre o seu problema de saúde está diretamente relacionado a qualidade da atenção recebida e indica a preocupação dos profissionais em torná-lo atuante nos diversos momentos de seu tratamento.<sup>10</sup>

Ainda referente ao atendimento pela equipe de saúde, a maioria dos usuários reconhecem os profissionais pelo nome. O que demonstra o estabelecimento de vínculo entre usuário e equipe.

As expectativas do cliente constituem padrões de qualidade, pois os clientes avaliam a qualidade do serviço comparando o que desejam ou esperam. Quando os serviços recebidos atendem as expectativas do cliente, bons resultados são obtidos. Assim, pode-se dizer que quanto mais se conhece o cliente, mais é possível conhecer quais suas expectativas, criando a possibilidade de estratégias de melhoria<sup>6</sup>.

Conclui-se que os usuários estão satisfeitos com o atendimento, entretanto alguns aspectos necessitam de atenção no que diz respeito à participação nas atividades educativas e serviços de ouvidoria.

A satisfação do cliente é um dos elementos fundamentais da qualidade. Inserido no processo de avaliação dos serviços de saúde, o paciente ou cliente tem papel fundamental no processo de avaliação da assistência. Caracterizando-se como fonte de opiniões e sugestões, que conseqüentemente auxiliam na mensuração da satisfação e, desta forma, contribuem no processo de melhoria dos serviços oferecidos.

## REFERÊNCIAS

1. Moysés NM. *Complicações infecciosas do acesso vascular em hemodiálise*. São Paulo: Guanabara Koogan; 2000. (Atualidades de Nefrologia).
2. Barros et al. *Nefrologia: Rotinas, Diagnósticos e Tratamento*. 3 ed. São Paulo: ARTMED; 2006.
3. Ferreira V. Infecção em pacientes com cateter temporário duplo-lúmen para a hemodiálise. *Rev Panam Infectol*, 2005;7(2):16-21.
4. Carvalho COM. Qualidade em Saúde: Conceitos, desafios e perspectivas. *J Bras Nefrol*, 2004;46(4):216 – 22.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 196: aspectos éticos envolvendo seres humanos*. Brasília.1996. [capturado em 2008, dez 22]. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=5781>.
6. Polizer R, D'innocenzo MD. Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enf*, 2006 July/aug;59(4) [periódico na internet] [capturado em 2009 maio 26] Disponível em: <http://www>.

scielo.php? script=sci\_arttex&pid=S0034-716720064000/4.

7. Malik AM, Shiesari LMC. *Qualidade na Gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998.
8. Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em Pediatria em um Hospital Universitário. *Cad Saude Publ*, 1998; 14(1):61-70.
9. Burg G, Portela OT, Nietshe EA. Atividade lúdico-educativa: uma opção para o cuidado humanizado ao cliente em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2004; 3(2): 233. In: Resumos do 26º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia.
10. Menezes VA, Santana ARA, Amorim EC, Lopes MIH, Moraes EB, Salgado Filho N. Satisfação dos usuários do Serviço de hemodiálise do Hospital Universitário Presidente Dutra: desvendando a qualidade do atendimento. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, 2004; 3(2): 230. In: Resumos do 26º Congresso Brasileiro de Enfermagem em Nefrologia.

## Avaliação da qualidade do registro em uma unidade de alta complexidade em oncologia

*Evaluation of the quality of the medical record of patients at a high complexity unit in oncology.*

Solange Raquel Barbosa Moraes<sup>1</sup>, Arlene de Jesus Mendes Caldas<sup>2</sup>

**Resumo:** O Prontuário do paciente é um importante instrumento de coleta e comunicação entre os membros da equipe de saúde responsável pelo atendimento, principalmente quando se trata de pacientes oncológicos. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com o objetivo de avaliar a qualidade dos registros nos prontuários de pacientes cadastrados em uma unidade de oncologia. Realizou-se uma pesquisa em 81 prontuários de pacientes matriculados com neoplasia maligna no período de junho a agosto de 2008. Foi selecionada uma amostra aleatória sistemática de 20 prontuários, sendo 06 pacientes do sexo masculino e 14 do sexo feminino. Foi utilizado para coleta de dados um check-list em forma de quadro. Os resultados mostram irregularidades. 12% no que se refere à capa do prontuário; 6,6% na ficha de identificação do paciente, sendo que em 02 prontuários não foi encontrado a ficha de identificação correspondendo a 10%; 13,3% na folha de evolução clínica; 9,4% nos laudos e exames complementares e 1% nos relatórios de quimioterapia; 15% no diagnóstico do tumor e 4% no tratamento da doença. Conclui-se que o estudo não é definitivo, havendo necessidade de outras pesquisas nesta linha para subsidiar a implantação do Registro Hospitalar de Câncer na Unidade onde o estudo foi realizado.

**Descritores:** Prontuário; câncer; registro hospitalar.

**Abstract:** The medical records of patients is an important tool for collection and communication between team members responsible for health care, especially when it comes to cancer patients. This is a descriptive transversal study to evaluate the quality of the medical records of patients registered in an oncology unit. Carried out a survey of 81 medical charts of patients with malignancy from June to August 2008. Was selected a systematic random sample of 20 records, with 06 males and 14 females. Was used for data collection a check-list in tabular form. The results show irregularities. 12% with respect to the cover of the record, 6.6% in the form of patient identification, and in 02 records not found the identity card which is 10%, 13.3% in the leaf of clinical development; 9, 4% in reports and exams and 1% in reports of chemotherapy, 15% in tumor diagnosis and 4% in the treatment of disease. It is concluded that the study is not definitive, there is need for further research in this line to support the implementation of the Hospital Cancer Registry in the unit where the study was conducted.

**Keywords:** Medical records of patients; cancer; hospital records..

### INTRODUÇÃO

Falar em registro de saúde pensa e imagina a priori, o local onde são armazenadas as informações referentes aos cuidados destinados a um indivíduo. Entende-se por prontuário não somente o registro da anamnese do paciente, mas todo acervo documental padronizado, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados prestados ao paciente, bem como aos documentos pertinentes a essa assistência.

Segundo a Resolução 1331/89 do Conselho Federal de Medicina (CFM) o prontuário do paciente

é um conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinados ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelo serviço de saúde público ou privado<sup>1</sup>.

A sua existência data de 25.000 a.C., desde a Idade da pedra, onde dados foram gravados em murais. Um dos documentos mais antigos que se conhece é o papiro registrado pelo primeiro médico egípcio Inhotep, que registrou 48 casos cirúrgicos. Considerado o patriarca da medicina<sup>2</sup>. Hipócrates por

1. Alunos do Curso de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Doutora em Patologia Humana. Enfermeira. Docente da UFMA.

volta de 460 a.C. já fazia anotações sobre doenças e doentes. Refletia exatamente o curso da doença e indicava as suas possíveis causas<sup>2</sup>.

Em 1944, foi introduzido no Brasil o uso do prontuário pela Prof<sup>a</sup>. Lourdes de Freitas Carvalho, no Hospital das Clínicas da faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, depois de estudos especializados nos Estados Unidos da América, onde estudou sistemas de arquivo e classificação de observações médicas. O sistema foi adotado pelo Instituto Nacional e, atualmente, o Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução nº.1246/88, estabelece, no arquivo 69, a obrigatoriedade de elaboração de prontuário para cada paciente<sup>2</sup>.

O prontuário deve conter informações suficientes para justificar o diagnóstico e assegurar a indicação terapêutica adequada e o seu resultado. Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre os membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo<sup>3</sup>.

É constituído de capa; ficha clínica; exames complementares; folha de evolução clínica/prescrição médica; quadro de registro de temperatura, pressão e respiração (TPR); ficha de anestesia; formulário de descrição cirúrgica; formulário de gasto de sala; resumo de alta/óbito e outros estabelecidos pela comissão de revisão de prontuários da instituição<sup>2</sup>.

O prontuário não representa uma peça meramente burocrática para fins de contabilização

da cobrança dos procedimentos ou das despesas hospitalares. Em possíveis complicações de ordem técnica, ética ou jurídica que possam eventualmente ocorrer, o prontuário representa o elemento de valor fundamental nas contestações sobre possíveis irregularidades. E, tão importante como ter um prontuário na instituição, é o seu preenchimento correto.

O câncer hoje tomou extensões gigantescas pela sua importância epidemiológica e estatística sobre a incidência de casos no Brasil, sendo a segunda maior causa de morbi-mortalidade no país representando um dos principais problemas de saúde pública com dimensões nacionais e internacionais que se tornou objeto de auditorias<sup>4</sup>.

É imprescindível e de relevante importância as informações e dados sobre as principais neoplasias malignas ressaltando diagnóstico, tratamento, evolução, aspectos culturais, sociais e demográficos, dos pacientes com câncer<sup>5</sup>, vigilância em câncer e consequentemente fornecer dados para as estatísticas estaduais e federais para o planejamento das ações de atenção oncológica, alocação de recursos de diagnósticos e como ferramenta para a própria instituição para o seguimento do tratamento e qualidade da assistência, gestão e gerência bem como controle e auditoria das Unidades de Alta Complexidade em Oncologia e Hospitais de Câncer<sup>6</sup>.

Objetivou-se com este estudo avaliar a qualidade dos registros escritos nos prontuários e/ou outros impressos utilizados na Unidade de Oncologia, conhecer a qualidade das informações contidas nos prontuários e identificar as não conformidades das informações registradas.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, realizado em Unidade de Alta complexidade em Oncologia de um hospital público estadual de São Luís -MA.

A população de estudo abrangeu 81 prontuários de pacientes com neoplasia maligna submetida ou não ao tratamento quimioterápico que foram admitidos no período de junho a agosto de 2008 na unidade de oncologia. Foi selecionada uma amostra aleatória sistemática de 20 prontuários (25%).

Para estabelecer o nº. amostral considerou-se que 25% seria suficiente, uma vez que no processo de auditoria de prontuários de pacientes é estabelecido um padrão internacional de 10%<sup>7</sup>.

Para a coleta de dados foi utilizado um checklist como instrumento, apresentando para cada item

a opção: presente, ausente, irregular, não se aplica observação e avaliado os itens que deve constar em um prontuário estabelecido pelo CFM e pela resolução nº. 1.638/02, bem como informações específicas sobre o paciente oncológico como ficha de identificação constando: nome completo; idade; sexo; endereço; raça; condições sócio-econômicas; formulário de anamnese e exame físico constando: diagnóstico; localização da lesão; início do tratamento; estadiamento; estudo anátomopatológico; protocolos quimioterápico; código internacional de doenças (CID) e outras informações pertinentes à população estudada. Para a realização desta pesquisa foi encaminhada a solicitação de autorização à direção, obtendo-se a aprovação do mesmo.

## RESULTADOS

Foram avaliados 20 prontuários de pacientes oncológicos matriculados na Unidade de Alta complexidade em Oncologia. Dentre os 20 prontuários, 06 foram do sexo masculino e 14 do sexo feminino. No que se refere ao item nome e nº. do registro na capa correspondem a 100% das informações presentes.

Segundo a ficha de identificação do paciente o

menor percentual de dados informados foi relacionado ao grau de instrução. Percebeu-se que houve um nº. considerável de dados irregulares representando 15%. A ocupação correspondeu a 100% de dados não registrados (quadro 1).

Quanto à folha de evolução do paciente 19 dos 20 prontuários havia informações relativas à

freqüência das anotações referentes à doença e ao tratamento do paciente. 95% dos prontuários os registros são escritos de forma legível pelos médicos ou outros profissionais.

Apenas 30 dos itens estudados apresentaram irregularidades, ou seja, apresentaram dados significativos sobre o diagnóstico da doença. Com relação ao tratamento quimioterápico 100% se submeteram ao tratamento, apenas 1% apresentou irregularidades no item programação ao tratamento proposto (quadro 3).

Acerca do diagnóstico do tumor, 100% não apresentaram o CID da doença. No entanto os profissionais têm uma preocupação em identificar com clareza a doença correspondendo a 100% deste item (quadro 4).

No que diz respeito ao tratamento da doença o maior quantitativo apresentado foi referente ao primeiro tratamento recebido no hospital registrado em todos os prontuários e menor quantitativo o item estado da doença ao final do tratamento encontrado em 8 prontuários.

**Quadro 1** – Informação da ficha de identificação do paciente. Unidade de oncologia. São Luís-MA. 2009.

Ficha de identificação do paciente									
Itens	Presente		Ausente		Irregular		Não se aplica		Observação
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Nome do paciente	18	90	02	10					
Local de nascimento	18	90	02	10					
Endereço completo	18	90	02	10					
Data de nascimento	18	90	02	10					
Sexo			20	100					O dado não consta
Raça/cor			20	100					O dado não consta
Estado civil	14	70	06	20					
Grau de instrução	11	55	09	35					
ocupação			20	100					O dado não consta
Documento obrigatório (CPF/ RG/CARTÃO SUS)	18	90	02	10					
Nº. do registro	17	85	03	15					
Procedência	18	90	02	10					
Nome dos pais	18	90	02	10					Consta apenas nome da mãe
Nome do cônjuge			20	100					O dado não consta
Profissão			20	100					O dado não consta
Pessoa responsável	17	85	03	15					
Grau de parentesco			20	100					O dado não consta
	185	54,4	155	45,6					Irregularidade 155

Quadro 2 – Folha de evolução do paciente. Unidade de oncologia. São Luís-MA. 2009.

Folha de evolução da doença						
Itens	Presente f %	Ausente f %	Irregular f %	Não se aplica f %	Observação	
Cabeçalho completo	11 55		09 45		Incompleto	
Frequência das anotações	19 95	01 5				
Data das anotações	19 95	01 5				
Anotação de queixas	19 95	01 5				
Dados vitais	11 55	02 10	07 35		Incompleto	
Exame sumário de sistema e aparelhos	16 80	02 10	02 10		Insuficiente	
Exame relativo à doença principal	18 90	01 5	01 5		Insuficiente	
Conduta	19 95	01 5				
Resumo de alta	05 25	02 10		13 65		
Legibilidade	19 95			01 5		
Assinatura do médico e/ou carimbo	20 100					
Assinatura e/ou carimbo de outros profissionais	20 100					
	196 81,6	11 4,6	19 7,9	14 5,9	Irregularidade 30	

Quadro 3 – Laudos e exames complementares e relatório de quimioterapia. Unidade de oncologia. São Luís-MA. 2009.

Laudos e exames complementares						
Itens	Presente f %	Ausente f %	Irregular f %	Não se aplica f %	Observação	
Correspondentes aos solicitados	19 95	01 5				
Assinatura do profissional que fez o exame	19 95	01 5				
Patologia clínica	19 95	01 5				
Exames por imagem	16 80	04 20				
Endoscopia	03 15			17 85		
Cirurgia exploradora	03 15			17 85		
Citologia ou hematologia	01 5			19 95		
Imunohistoquímica	17 85	03 15				
Parecer Médico		20 100				
	97 53,9	30 16,7		53 29,4	Irregularidade 30	
Relatório de quimioterapia						
Itens	Presente f %	Ausente f %	Irregular f %	Não se aplica f %		
Programação do tratamento proposto	19 95					
Protocolos quimioterápicos	20 100					
Registro das infusões	20 100					
Prescrição de quimioterapia	20 100					
Assinatura do profissional	20 100					
	99 99	01 1				

**Quadro 4** – Diagnóstico do tumor. Unidade de oncologia. São Luís-MA. 2009.

Diagnóstico do tumor									
Itens	Presente		Ausente		Irregular		Não se aplica		Observação
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Origem do encaminhamento	17	85	03	15					
Data da primeira consulta	19	95	01	5					
Data do diagnóstico	19	95	01	5					
Diagnóstico e tratamento anteriores	14	70	03	15			03	15	
Localização do tumor primário	20	100							
Biópsia	19	95	01	5					
Imunohistoquímica	18	90	01	5			01	5	
Estadiamento	18	90	01	5					
Identificação da doença	20	100							
CID da doença			20	100					
TNM*									
Localização de metástase à distância	19	95	01	5					
	183	83,6	32	14,6			04	1,8	Irregularidade 32

Durante a pesquisa foram identificados 03 prontuários de pacientes que foram a óbito; todos apresentando os registros completos na declaração de óbito e anexado ao prontuário.

**Quadro 5** – Tratamento da doença. Unidade de oncologia. São Luís-MA. 2009.

Tratamento da doença									
Itens	Presente		Ausente		Irregular		Não se aplica		Observação
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Data do início do primeiro tratamento	04	20	01	5	15	75			Tratamento cirúrgico, radioterápico e quimioterápico em outra unidade.
Primeiro tratamento recebido no hospital	20	100							
Motivo da não realização e /ou continuidade do tratamento	19	95	01	5					
Motivo da não continuidade do tratamento	10	50	01	5	09	45			Fim do tratamento, cura e ou óbito.
Estado da doença ao final do tratamento	08	40			12	60			Fim do tratamento cura e ou óbito
	61	61	03	3	36	36			Irregularidade 39

## DISCUSSÃO

Observou-se que as informações contidas na capa do prontuário são escritas a tinta manualmente. Há relativa desorganização referente à ordenação das folhas que compõem o prontuário, apresentando algumas folhas soltas, uma vez que informações importantes correm o risco de se perderem causando

prejuízo à instituição.

No quadro 1 o percentual de identificação do paciente foi pequeno, embora dados como sexo, raça, cor, ocupação e profissão não constam na ficha o que significa dados importantes e de extrema relevância para o comportamento epidemiológico do câncer, além

de ser uma ferramenta para servir de dados para o Registro Hospitalar de Câncer (RHC). Vale salientar que neste item foram apresentados dados de apenas 18 prontuários, significa que em 02 prontuários não foram encontrados a ficha de identificação anexada, representando uma falha grave.

Com relação à filiação constam apenas dados maternos. Outros dados como nome do cônjuge e grau de parentesco não consta na ficha padrão do hospital.

Durante a pesquisa observou-se que as informações referentes à anamnese do paciente em apenas 1 prontuário havia anotações neste formulário, dado segundo o Ministério da Saúde (MS) são considerados informações básicas e importantes, de valor inigualável para o RHC que é um serviço de coleta, armazenamento e análise das informações oriundas do prontuário médico, do atendimento, doenças concomitantes, do seguimento dos casos da doença diagnosticados e tratados nos hospitais<sup>8</sup>.

Quanto às condições sociais de moradia foram preenchidas apenas pelo serviço social em uma ficha própria e encontrada em apenas 07 prontuários.

Dentre todos os documentos que compõem o prontuário a folha de evolução é a que sintetiza todas as informações pertinentes à doença do paciente. É primordial que os dados sejam claros e precisos. Constatou-se que esse item apresentou irregularidades como dados ausentes ou insuficientes.

Os laudos e exames relativos à doença foram encontrados em quase todos os prontuários, cuja importância e permanência implicam conclusão diagnóstica e parâmetros para tratamento médico.

Em todos os prontuários avaliados estavam anexados aos documentos, os relatórios de quimioterapia com os registros anotados com as infusões e assinatura dos profissionais.

Nesta pesquisa o percentual de irregularidades encontrados no quadro 4 onde apenas 1 prontuário pesquisado não foi registrado o sistema de classificação para estadiamento dos tumores que tem como base a avaliação da dimensão dos tumores primários (T)<sup>9</sup>, a extensão da disseminação em linfonodos regionais (N) e a presença ou não de metástases à distância (M) – Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos<sup>10</sup>.

Não foram registrados os dados da nomenclatura mundial conhecida como Código Internacional de Doenças (CID) utilizada por especialistas do mundo todo e adotado pelo MS<sup>11</sup>.

Durante a pesquisa 8 prontuários apresentaram registros sobre o estado final do tratamento, constatando que 12 pacientes ainda continuam em tratamento na unidade.

Os prontuários dos pacientes que foram a óbito apresentavam declarações de óbito anexado e informado a causa imediata e causa básica do óbito.

## CONCLUSÃO

No processo assistencial, o prontuário do paciente tem sido a principal fonte de informação e o principal patrimônio de uma instituição.

Sua função primordial como fonte de dados vem sendo prejudicada pela insuficiente qualidade de grande parte de seus registros. Daí a necessidade de incentivar a equipe de saúde a desenvolver uma descrição correta e evolutiva da prática executada.

Dentre as não conformidades mais acentuadas

estão relacionadas com a ficha de identificação do paciente sem os dados registrados sobre sexo, raça/cor, ocupação e profissão e, sobretudo sobre o registro sobre o CID da doença relacionada com o diagnóstico do paciente.

Ressalta-se a importância com o cuidado ao prontuário que deve ser organizado para prestar serviços ao paciente, ao corpo clínico, à administração da unidade de oncologia e à sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Medicina. *Resolução n. 1331/89*. Brasília; 1989.
2. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. *Prontuário médico do paciente: guia prático*. Brasília: Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal; 2006.
3. Brasil. *Código de Ética Médica*. Resolução CFM n. 1638/02. Brasília; 2002.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Datasus - Sistema de informações sobre mortalidade*. Brasília; 1999. [capturado 2008 jan 15]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
5. Brasil. *Encarte de Saúde*. Brasília, dez. 2006; 126.
6. Kligerman, J. Registro Hospitalar de câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 2001 Rio de Janeiro, out./dez; 4(47),
7. Pereira LL, Takahshi RT. *Auditoria em Enfermagem*. In: kurcgant, P. auditoria em Enfermagem. São Paulo: EPU, 1991.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Programas de Controle de Câncer - Pro-Onco. *Técnicas para implantação de Registro Hospitalar*. Rio de Janeiro: Pro-Onco; 1993.20p.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Ações de Enfermagem para o Controle do câncer: uma proposta de interação ensino-*

- serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA; 2002.
10. Brasil. União Internacional Contra o Câncer. *TNM - Classificação de Tumores Malignos*. 4. ed. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde; 1989.
  11. Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social - INAMPS. DATAPREV. *Classificação de doenças para Oncologia*. Edição reduzida da revisão de 1975. Rio de Janeiro: DATAPREV; 1982.

## Avaliação da permanência de pacientes internados em enfermaria pediátrica do Hospital Universitário em São Luís, Maranhão

*Evaluation of stay of patients admitted to the pediatric ward of the University Hospital in São Luís, Maranhão.*

Cely Aguiar Ramos Freitas Lima<sup>1</sup>, Gutemberg Costa Pereira<sup>1</sup>, Hilda Oliveira Almeida Pereira<sup>1</sup>,  
Maria José Alves Silva<sup>1</sup>, Nila da Conceição Cardoso<sup>2</sup>

**Resumo:** O objetivo deste estudo foi avaliar o tempo de permanência de crianças internadas no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, unidade Materno Infantil, na cidade de São Luís, Maranhão. A amostra constituiu-se de 133 pacientes de zero a dezesseis anos de idade, que ocuparam leitos da Ala E, no período de fevereiro a abril de 2008. A estatística empregada foi analítica e descritiva, com uso de testes paramétricos e não-paramétricos. Predominantemente, os pacientes eram de sexo masculino e pertenciam ao grupo etário menor de um ano. A maioria dos pacientes procederam do interior do estado e saíram do Hospital em condições consideradas boas. A razão de maiores freqüências de internações foi para tratamento de doenças do ouvido e vias aéreas; e, com menor freqüência, para tratamento de algumas afecções originadas no período neonatal. O tempo de permanência das internações foi considerado elevado devido a fatores como comorbidade e severidade das patologias.

**Descritores:** Tempo de permanência; pediatria; São Luís.

**Abstract:** The aim of this study was to evaluate the length of stay of children admitted to the University Hospital of Federal University of Maranhão, unit "Materno Infantil" in the city of São Luís, Maranhão. The sample consisted of 133 patients from the age of sixteen, who occupied beds Wing And from February to April 2008. The statistic used was analytical and descriptive, with the use of parametric tests and nonparametric. Predominantly, the patients were male and belonged to the age group less than a year. Most patients come from the state and left the hospital in good conditions considered. The reason for higher frequencies of hospitalization for treatment of diseases of ear and respiratory tract and, less frequently, for treatment of certain conditions originating in the neonatal period. The residence time of hospitalization was considered high due to factors such as comorbidity and severity of diseases.

**Keywords:** Evaluation of stay; pediatric ward; São Luís.

### INTRODUÇÃO

O processo de Reforma Sanitária, desencadeado em meados dos anos 70, acentuou algumas tendências relativas à organização do Sistema de Saúde, culminando com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, através da promulgação da Constituição Federal, garantindo à população o direito universal de assistência à saúde<sup>1</sup>.

O SUS tem como diretrizes a universalidade, a descentralização, a integralidade, a equidade e a participação da comunidade, que deve orientar e direcionar as políticas públicas no sentido de constituir um modelo de atenção à saúde com enfoque para a melhoria da qualidade de vida da população<sup>2</sup>.

Um dos pontos fundamentais para a construção deste novo modelo é a informação em saúde que deve ser compreendida como um instrumento para conhecer a realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica, para planejar, gerenciar, organizar e avaliar os vários níveis que integram o SUS<sup>3</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um conjunto de componentes que atuam de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Define, também,

1. Alunos de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Mestre em Saúde Pública. Docente da UFMA.

Sistema de Informação de Serviços de Saúde como aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a esses serviços, transformando-os em informação para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde<sup>3</sup>.

São considerados como os principais sistemas nacionais de informação em saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) e Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)<sup>3</sup>.

O SIH-SUS e o SIA-SUS configuram-se como sistemas que, apesar de suas limitações, são, para a maioria dos estados e municípios brasileiros, as únicas fontes de dados de internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais. O SIH-SUS foi desenvolvido tendo como objetivos: proporcionar o conhecimento do custo da hospitalização, tempo de permanência e evolução; possibilitar o conhecimento dos indivíduos hospitalizados, quanto aos aspectos clínicos e epidemiológicos e servir de base para o planejamento e adoção de ações específicas voltadas à organização de serviços e controle de doenças<sup>3</sup>.

As instituições de saúde representadas pelos centros de saúde, hospitais e unidades básicas de saúde, caracterizam-se por oferecer assistência de caráter eminentemente curativo, com uma tendência ao uso extensivo de tecnologia de ponta e com custos cada vez mais elevados. Dentre estas instituições, o hospital é extremamente dispendioso, não só pela sua construção, mas principalmente pelo seu custeio<sup>1</sup>.

As hospitalizações são recursos do sistema de saúde utilizados na tentativa de recuperar a saúde dos indivíduos<sup>4</sup>. Um dos indicadores de qualidade da atenção médica é o percentual de hospitalização por causas sensíveis à atenção ambulatorial, ou o percentual de hospitalizações evitáveis por meio da atenção ambulatorial<sup>4</sup>. Hospitalizações por causas sensíveis à atenção ambulatorial são por determinadas doenças que, correta e efetivamente diagnosticadas e tratadas nos ambulatórios, podem reduzir o risco de hospitalização. Hospitalizações evitáveis são aquelas condições nas quais a hospitalização pode ser evitada, se a atenção ambulatorial for fornecida a tempo e de forma efetiva. Dentre as doenças infantis consideradas como causas de hospitalização sensíveis a cuidados ambulatoriais e/ou causas evitáveis de hospitalização figuram a diarreia, a pneumonia bacteriana, convulsões por grande mal, asma e desnutrição<sup>4</sup>.

Dentre os fatores relacionados à maior taxa de hospitalização figuram: pobreza<sup>5,6</sup>, raça negra<sup>7</sup>, baixa escolaridade dos pais<sup>7</sup>, menor acesso ao atendimento ambulatorial<sup>5,7</sup>, baixa resolutividade de consultas<sup>8</sup>, residência em área urbana<sup>5</sup>, existência de hospital no local de moradia<sup>8</sup>, maior disponibilidade de leitos hospitalares<sup>5</sup>, gênero masculino<sup>6</sup> e baixo peso ao nascer<sup>6</sup>.

Como o cuidado hospitalar é responsável por quase metade do gasto com saúde<sup>8</sup>, é de suma importância a identificação dos fatores associados com a hospitalização para que se possa atuar no sentido de reduzir hospitalizações infantis desnecessárias. A internação coloca a criança em um ambiente estranho, muitas vezes separada da mãe, podendo ter conseqüências psicológicas e iatrogênicas<sup>4</sup>.

A criança internada sofre com a doença que lhe acomete e, também, com as conseqüências nocivas da hospitalização, pois ainda não dispõe de amadurecimento psíquico para elaborar as agressões pelas quais está passando, o que a coloca em situação de crise, de estresse e sofrimento psíquico, e esta crise não ficará sem expressão. Ela expressará sua insatisfação, a sua dor ou angústia, através da palavra ou através do comportamento, que provavelmente será diferente do habitual<sup>9</sup>.

São internações hospitalares desnecessárias, inclusive as infantis, que elevam os custos de saúde<sup>9</sup>. Diante disto, surge a necessidade de planejar o investimento de recursos, procurando métodos de maior alcance e rendimento, de racionalizar os instrumentos da assistência médica, evitar a subutilização e o desperdício, atendendo as necessidades mais prementes da população<sup>10</sup>.

O uso dos serviços de saúde, incluindo as internações hospitalares, é tema importante da pesquisa em serviços de saúde. No Brasil, informações sobre o tempo de permanência hospitalar são escassas, principalmente com relação aos hospitais conveniados com o SUS. Ao conhecer melhor as internações infantis e suas peculiaridades, ações preventivas e administrativas por parte dos órgãos de saúde pública poderiam ser propostas para redução da incidência de doenças, bem como auxiliar nos serviços de auditoria médica. Este estudo tem o objetivo de avaliar os fatores que influenciaram no tempo de permanência de crianças internadas em um hospital da rede pública da cidade de São Luís, Maranhão identificando os fatores que influenciaram no tempo de permanência e as condições de alta hospitalar.

## MÉTODOS

A pesquisa foi realizada na Ala E do Hospital Universitário Materno Infantil (HUMI), no período de fevereiro a abril de 2008. Referência estadual em atendimento de média e alta complexidade, a unidade possui 209 leitos, destinados exclusivamente aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Habilitado

como "Hospital Amigo da Criança", possuindo UTI Neonatal e Pediátrica, "Método Canguru" e Banco de Leite de referência Estadual. Trata-se de um estudo analítico, descritivo e retrospectivo, que visa verificar a permanência de pacientes internados. A amostra foi constituída por 133 pacientes internados 0 a 16 anos

(zero a dezesseis anos de idade) divididos por faixa etária em 5 grupos: < 1 ano; de 1 a 4 anos; de 5 a 8 anos; de 9 a 12 anos e 13 a 16 anos.

Os dados foram obtidos a partir das fichas de prontuários sendo as informações foram referentes à idade, sexo, data de internação e de alta, procedência, tempo de permanência, patologia e condições do paciente no momento de alta hospitalar.

Os tratamentos das patologias, tempo de permanência dos pacientes e custos das internações foram analisados de acordo com a Tabela Unificada de Procedimentos Clínicos do SUS. Os tratamentos das patologias foram divididos em dezessete grupos: a) tratamento de doenças infecciosas e parasitárias; b) tratamento de doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; c) tratamento de doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais; d) tratamento de doenças do sistema nervoso central e periférico; e) tratamento de doenças cardiovasculares; f) tratamento de doenças do aparelho

digestivo; g) tratamento de doenças da pele e do tecido subcutâneo; h) tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; i) tratamento durante a gestação, parto e puerpério; j) tratamento de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; l) tratamento de doenças do ouvido / apófise mastóide e vias aéreas; m) tratamento de doenças do aparelho geniturinário; n) tratamento de algumas afecções originadas no período neonatal; o) tratamento de transtornos mentais e comportamentais; p) tratamento em nefrologia; q) tratamento de lesões, envenenamentos e outros decorrentes de causas externas; r) parto e nascimento.

Os dados foram analisados utilizando-se testes paramétricos (Teste de Tukey, pela análise de variância, ANOVA) e não-paramétricos (Testes de Fischer), calculados pelo programa Graph Pad Instat®, versão 2.05, com nível de significância de 5% para indicar uma associação estatisticamente significante.

**RESULTADOS**

Foram analisados 133 prontuários, sendo 37 (27.8%) atendimentos no mês de fevereiro, 40 (30.1%) em março e 56 (42.1%) em abril (figura 1).

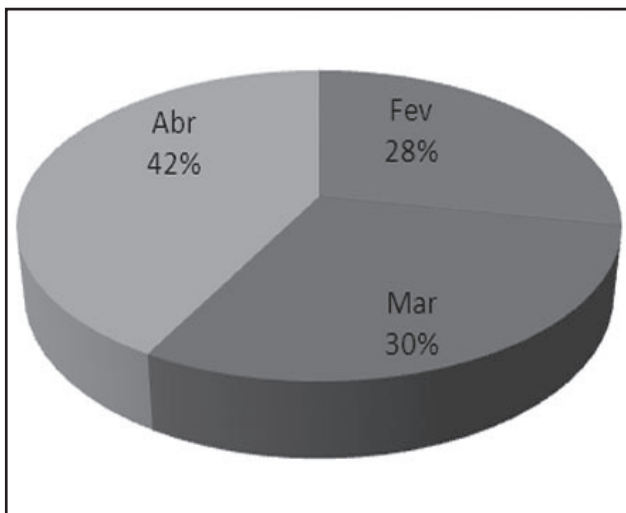
A faixa etária mais freqüente foi menor de um ano de idade (47.4%). Este evento repetiu-se a cada mês, com 19 (51.4%) menores de um ano atendidos em fevereiro, 21 (52.5%) em março e 23 (41.1%) em abril. A faixa etária menos freqüente, foi de 13 a 16 anos (3,8%). Entre os meses do estudo não houve diferença estatística significativa (P>0.05). No entanto, na comparação entre as faixas etárias, os pacientes menores de 1 ano de idade tiveram freqüência superior

65.0% e em abril, 53.6%. Contudo, não há diferença estatística significativa entre o sexo das crianças atendidas na UMI (P>0.05) (figura 3).

Verifica-se que a maioria dos pacientes infantis são naturais do Maranhão (97.7%), e apenas uma criança por mês foi registrada como procedente de outros estados (Pará e São Paulo), correspondendo a 2.3%. A maioria dos pacientes residiam no interior do estado (68.4%) (figura 4).

As origens das crianças vindas do interior do Maranhão, por ordem decrescente, são: Macrorregião Norte Maranhense (59.7%), Macrorregiões Leste e Oeste Maranhenses (14.7%), Macrorregião Centro Maranhense (9.3%) e Macrorregião Sul Maranhense (1.6%). A Microrregião da Aglomeração Urbana de São Luís contribui com 37.2% dos pacientes assistidos na referida Ala do HUMI, conforme ilustra a figura 5.

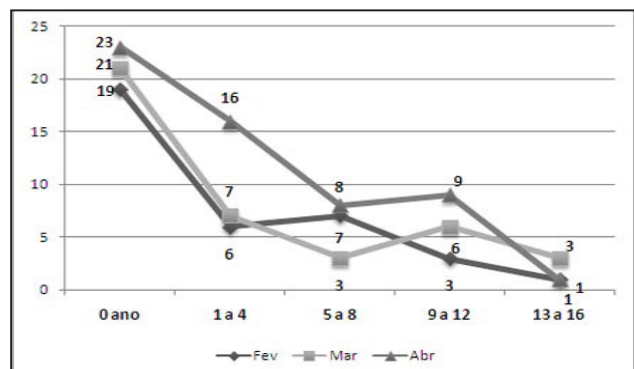
No momento da alta, 82.7% saíram em condições consideradas boas. Os óbitos corresponderam a 9,3%. Outras situações também foram consideradas, porém não muito freqüentes (7.5%) tais como: transferências



**Figura 1** – Crianças atendidas na Ala E da pediatria. Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís-MA. 2008

(P<0.05 e P<0.01), em relação às demais idades (figura 2).

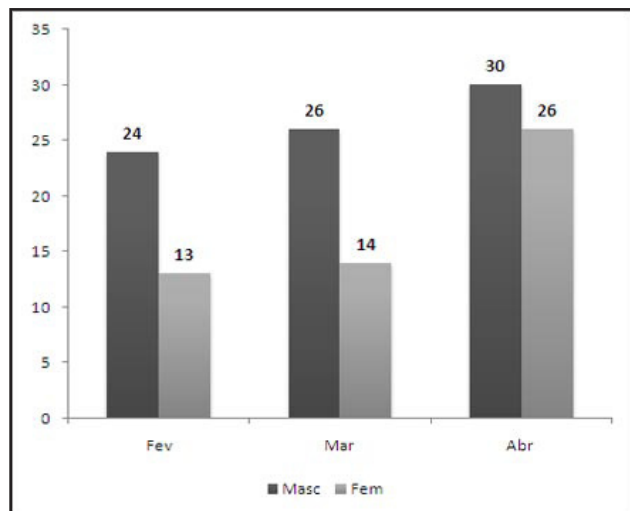
O sexo masculino foi predominante (60.2%). No mês de fevereiro 64.9% eram meninos, em março



**Figura 2** – Faixa etária das crianças atendidas na Ala E da pediatria. Hospital Universitário Materno Infantil, em São Luís-MA. 2008.

(ou para unidade de tratamento intensivo ou para outras unidades de saúde), alta à pedido e evasão.

Durante o período de estudo não ocorreram tratamentos de transtornos mentais e comportamentais, nem tratamento de lesões, envenenamentos e outros

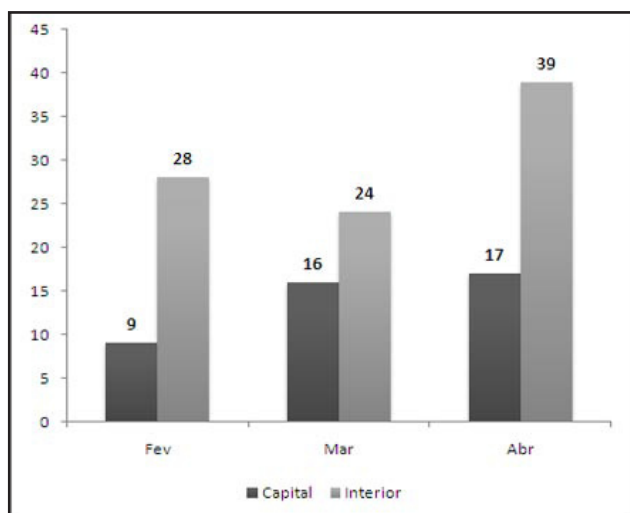


**Figura 3** – Sexo das crianças atendidas na Ala E da pediatria do Hospital Universitário Materno Infantil. São Luís-MA. 2008.

decorrentes de causas externas.

O motivo que mais levou as crianças a serem internadas foi doenças do ouvido e vias aéreas (24%). Dentre outras enfermidades, destacam-se a pneumonia, broncopneumonia e insuficiência respiratória (tabela 1).

Crianças de zero a quatro anos de idade foram mais internadas com estas complicações. A média do tempo destas internações foi de 22 dias. Das 32 internações por este motivo, apenas oito encontram-se

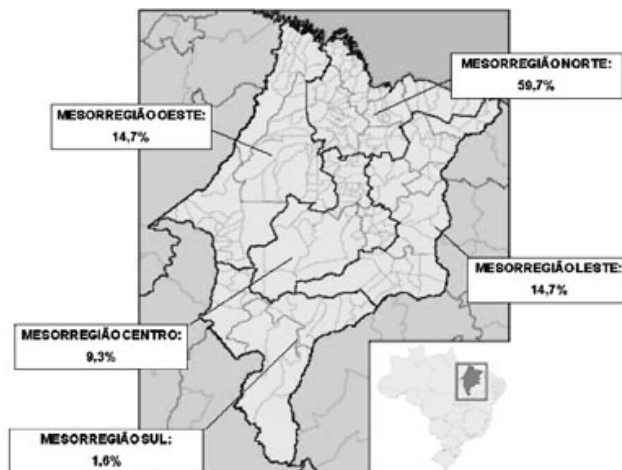


**Figura 4** – Procedência das crianças atendidas na Ala E da pediatria do Hospital Universitário Materno Infantil, entre fevereiro e abril de 2008, em São Luís-MA.

dentro da recomendação do SUS, a qual varia entre três a treze dias.

Em seguida, as internações para tratamentos de doenças infecciosas e parasitárias que ocorreram freqüentemente (21.8%). Das enfermidades infecto-parasitárias de maior ocorrência foram sépsis, artrite

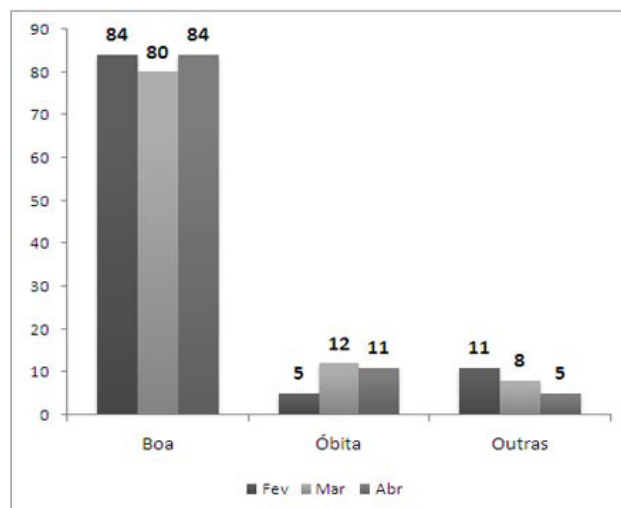
séptica, impetigo e choque séptico, sendo os pacientes menores de um ano de idade mais acometidos por.



**Figura 5** - Distribuição das crianças procedentes do interior segundo mesorregiões, atendidas na Ala E da pediatria do Hospital Universitário Materno. São Luís. 2008.

A média do tempo destas internações foi de 24 dias. Das 29 internações por estas patologias, apenas sete encontram-se dentro da recomendação do SUS, a qual varia entre três a onze dias.

A terceira causa de maiores internações foi doenças do aparelho digestivo (11.3%); dentre estas: atresia das vias biliares, insuficiência hepática, granulomatose de Wegner, obstrução intestinal, pangastrite e enterocolite. Crianças menores de um ano internaram-se com mais freqüência por distúrbios



**Figura 6** – Condições de saída das crianças, em percentual, atendidas na Ala E da pediatria do Hospital Universitário Materno Infantil, entre fevereiro e abril de 2008.

digestivos. O tempo de internação por complicações digestivas foi, em média, de 27 dias. Apenas três das quinze internações por problemas digestivos encontram-se dentro do prazo preconizado pelo SUS, de três a nove dias.

Internações para tratamento de doenças cardiovasculares (6.8%) ocorreram mais freqüentemente no mês de março e abril. As enfermidades ocorridas foram: cardiopatia congênita, arritmia cardíaca, miocardiopatia dilatada e hipertensão

pulmonar. Grande parte das crianças internadas por estes problemas eram menores de um ano de idade. O tempo de internação foi, em média, de 27 dias.

**Tabela 1** - Doenças de pacientes pediátricos. Hospital Universitário Materno Infantil, em São Luís (MA), 2008.

Tratamentos	f	%
doenças do ouvido e vias aéreas	32	24.0
doenças infecciosas e parasitárias	29	21.8
doenças do aparelho digestivo	15	11.3
doenças cardiovasculares	9	6.8
doenças do sangue, órgãos hematop. e alguns transtornos imunitários	8	6.0
doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais	8	6.0
doenças do sistema nervoso e periférico	8	6.0
doenças do aparelho geniturinário	8	6.0
nefrologia	6	4.5
malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3	2.3
doenças da pele e do tecido conjuntivo	2	1.5
doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	1.5
durante a gestação, parto e puerpério	2	1.5
afecções originadas no período neonatal	1	0.8
<b>Total</b>	<b>133</b>	<b>100</b>

Apenas três das nove internações por problemas cardiovasculares encontram-se dentro do prazo preconizado pelo SUS, de três a dezenove dias.

Com frequência de 6.0% ocorreram internações para: (a) tratamento de doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários; (b) tratamento de doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais; (c) tratamento de doenças do sistema nervoso e periférico; e (d) tratamento de doenças do aparelho geniturinário.

As enfermidades mais frequentes de internações para tratamento de doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários foram: lúpus eritematoso sistêmico, púrpura trombocitopênica idiopática, púrpura de Henoch-Schönlein e esplenomegalia. A idade dos pacientes acometidos por estas doenças variou entre quatro a dezesseis anos. Nenhuma criança com menos de um ano foi internada por estas razões. O tempo de internação foi, em média, de 13 dias. Cinco das oito internações por estes problemas encontram-se dentro do prazo preconizado pelo SUS, de quatro a oito dias.

As enfermidades mais frequentes de internações para tratamento de doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais foram: cetoacidose diabética, desnutrição protéico-calórica e distúrbio metabólico ácido-básico. Crianças de zero a sete anos foram acometidas por estas doenças, sendo mais frequentes em menores de um ano de idade. O tempo de internação foi, em média, de 23 dias. Apenas duas das oito internações por estes problemas encontram-se dentro do prazo preconizado pelo SUS, de cinco a dez dias.

As enfermidades mais frequentes de internações para tratamento de doenças do sistema nervoso e periférico foram: encefalopatia hipertensiva, hidrocefalia, meningoencefalite, epilepsia, síndrome de Moebius e polineuropatia periférica motora. Crianças de zero a oito anos foram acometidas por estas doenças, sendo mais frequentes em menores de um ano de idade. O tempo de internação foi, em média, de 26 dias. Apenas duas das oito internações por estes problemas encontram-se dentro do prazo preconizado pelo SUS, de três a quinze dias.

A enfermidade para tratamento de doenças do aparelho geniturinário que ocorreu foi a síndrome nefrótica. Crianças de um a dez anos foram acometidas por estas doenças, sendo mais frequentes na faixa etária entre um a quatro anos de idade. O tempo de internação foi, em média, de 20 dias. Nenhuma internação por problemas geniturinários encontrava-se dentro do prazo preconizado pelo SUS, de três a seis dias.

Internações para tratamento em nefrologia ocorreram em 4.5% dos casos. A enfermidade ocorrida foi insuficiência renal crônica. Grande parte das crianças internadas por estes problemas tinha de oito a onze anos de idade. O tempo de internação foi, em média, de 24 dias. Apenas duas das seis internações encontraram-se dentro do prazo preconizado pelo SUS, de dois a nove dias.

Com frequência de 2.3% estão as internações para tratamentos de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. A enfermidade ocorrida foi Síndrome de Werning-Hoffman. A idade das crianças internadas por esta doença variou de cinco meses a três anos. A média do tempo de internação foi de 63 dias. Nenhuma das internações estavam dentro do prazo preconizado pelo SUS para estas anomalias, que é de cinco a quatorze dias.

Com baixa frequência (1.5%) estão internações para (a) tratamento de doenças da pele e do tecido conjuntivo, (b) tratamento de doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo e (c) tratamento durante a gestação, parto e puerpério. As complicações ocorridas nestas circunstâncias foram: (a) dermatopoliomioste, (b) síndrome motora, artrite reumatóide juvenil e (c) prematuridade. Das doenças cutâneas e osteomusculares, todas as internações cumpriram o tempo de permanência recomendado pelo SUS, as quais são de três a sete dias e de dois a doze dias, respectivamente. Os casos de prematuridade tiveram um tempo de permanência

médio de 29 dias.

A razão de menos internações foi para tratamento de algumas afecções originadas no período neonatal (0.8%). Dentre estas complicações, o único caso foi de icterícia, com infecção neonatal. O tempo de permanência desta internação foi de 13 dias; prazo este que está dentro do recomendado pelo SUS para estas afecções, que é de cinco a quatorze dias.

O tempo de permanência geral, em média, foi de 24 dias; variando de um a 108 dias, com casos de lúpus eritematoso sistêmico em paciente com cinco anos de idade e colite alérgica em criança

de 3 meses de vida, respectivamente. O tempo de permanência variou de acordo com a gravidade da patologia envolvida, com tempo médio mínimo de sete dias (tratamento de doenças da pele e do tecido subcutâneo) a tempo médio máximo de 63 dias (tratamento de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas). Deve-se enfatizar que a maioria dos casos patológicos não ocorreu isoladamente (58.6%). As complicações das enfermidades ocorreram em sistemas diferenciados do corpo humano (co-morbididades).

## DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes pediátricos em sua maioria, eram menores de um ano de idade e do sexo masculino, corrobora com outros autores<sup>11,12,13,14,15,16</sup>. É notória a vulnerabilidade do grupo etário mais prevalente, principalmente devido aos problemas respiratórios, os quais são mais freqüentes em pacientes desta idade. Enquanto a maior prevalência de meninos, entre as possíveis explicações para um maior predomínio de internações estaria a maior exposição a agentes infecciosos e a traumas, pois há maior liberdade de ações e brincadeiras no sexo masculino em comparação com o sexo feminino por razões sócio-culturais em nosso meio<sup>15</sup>.

A procedência dos pacientes segue a lógica da localização geográfica do Hospital Universitário na capital do estado. Todavia a maior parte das crianças originam-se do interior, evento que difere de estudos em outras cidades<sup>1,13</sup>. O HUMI possui títulos que o torna Hospital de Referência no Maranhão; tais como: Hospital Amigo da Criança, Centro de Referência Nacional para a Assistência Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Mãe Canguru e Representante no Comitê Estadual de Aleitamento Materno, além de ser Maternidade de Referência para Atendimento à Gestante de Alto Risco.

As doenças do sistema respiratório prevaleceram em pediatria, neste e em outros trabalhos<sup>1,14,15,17,18</sup>. As doenças respiratórias são importantes e, em geral, aumentam de incidência em decorrência dos fatores climáticos favorecidos pela piora da qualidade do ar e de condições de moradia em grandes centros urbanos<sup>15</sup>.

As internações para tratamentos de doenças infecciosas e parasitárias vêm imediatamente nesta e em outras pesquisas<sup>14,15</sup>. A situação higiênico-sanitária na qual estas crianças estão inseridas pode justificar os altos percentuais destas internações. As doenças infecciosas e parasitárias revelam a persistência de internações de casos de doenças que poderiam estar sendo resolvidas nos serviços ambulatoriais, ou por ações de vigilância sanitária ou investimentos em saneamento básico<sup>1</sup>.

As internações para tratamentos de doenças cardiovasculares se destacaram neste trabalho como o quarto mais prevalente. Acredita-se que o pediatra tem condições de dar alta ao grande número de

crianças com cardiopatias “inocentes”, sem realização de exames complementares e com baixo risco de erro diagnóstico<sup>19</sup>. Um aspecto interessante e que merece ser discutido é a implantação de ambulatório especializado para pacientes cardiopatas<sup>19</sup>. Centros terciários, em vários países, já oferecem esse serviço rotineiramente à população, onde orientação especializada se faz necessária<sup>19</sup>.

Internações pediátricas de baixa prevalência (tratamentos de malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas) ou que não ocorreram (tratamento de lesões, envenenamentos e causas externas), destacaram-se em outro estudo<sup>1</sup>. As lesões e envenenamentos vêm ocupando papel de destaque em termos de internação hospitalar<sup>1</sup>. Um estudo sobre morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos registrou que, no Brasil as taxas de internações por essas causas mostraram uma tendência de aumento<sup>20</sup>.

As internações para tratamento de afecções perinatais foram de baixas freqüências, semelhante a um estudo do Sul do Brasil<sup>1</sup>. Este evento enfatiza o atendimento de referência prestado pelo HUMI às gestantes e aos lactentes. Os resultados deste estudo diferem dos achados em uma população indígena, onde os problemas perinatais envolveram mais de três por cento das internações<sup>14</sup>.

O volume de hospitalização depende do número de internações e da duração das mesmas: o número e a duração das internações dependem, por sua vez, do tipo de população considerada (composição etária), do seu nível de vida, do nível de saúde e dos tipos de problemas de saúde, da disponibilidade de atenção médica ambulatorial e hospitalar, entre outros fatores<sup>10</sup>. A média do tempo de internação foi superior aos achados de outras pesquisas<sup>1,10,17</sup>, os quais revelam um tempo de cinco a dez dias de internação. A variação do tempo médio de permanência hospitalar é uma variável de difícil interpretação, podendo estar relacionada a diferenciais de gravidade do quadro clínico dos indivíduos internados em cada hospital, a melhor adequação e uso de tecnologias médicas e de cuidados aos internos, assim como a erros aleatórios<sup>21</sup>. A explicação do padrão de tempo de permanência é complexa na medida em que é difícil precisar a importância de cada um dos determinantes

do tempo de permanência (disponibilidade de leitos para cuidados prolongados, políticas organizacionais, gravidade do caso, processo de cuidado, modalidade de pagamento ou eficiência técnica) e até mesmo seu efeito sobre a mortalidade hospitalar<sup>17</sup>.

A respeito de suas reconhecidas limitações, em

particular pelo seu caráter seletivo, os registros de internação hospitalar constituem importantes fontes de dados acerca das condições de saúde, da utilização e da qualidade dos serviços, podendo gerar análises relevantes para o aperfeiçoamento de políticas de saúde e estratégias médico-assistenciais<sup>11,12</sup>.

### CONCLUSÃO

O tempo de permanência, em média, foi de 24 (vinte e quatro) dias, sendo considerado elevado em comparação com a tabela unificada do SUS. Fatores que contribuíram para tais resultados foram: comorbidades, severidade das patologias e demora na realização de exames. No entanto, os pacientes tiveram alta hospitalar com bom estado geral de saúde.

Acrescenta-se ainda como medida sugestiva aos gestores do SUS, que realizem estudos direcionados a criação de leitos para patologias crônicas no *corpus* da tabela unificada do SUS, bem como a revisão dos parâmetros que se referem à permanência média por patologias.

### REFERÊNCIAS

1. Teodoro BN, Andrade SM. Internações pediátricas no hospital universitário regional norte do Paraná, 1998. *Revista Espaço para a Saúde*, 2000 jun; 1(2):89-112.
2. Silva SF. *A construção do SUS a partir do município*. São Paulo (SP): HUCITEC; 1996.
3. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade de Brasília. Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos- Finatec. *Sistema de informações*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. (Série Gestão Operacional de Sistemas e Serviços de Saúde).
4. Cohen MM, MacWilliam L. Measuring the health of the population. *Medical Care* 1995; 33: DS21-DS42.
5. White KL, Anderson DO, Bice TW, Kalimo E, Schach E. Health care: An international comparison of perceived morbidity, health services resources, and use. *International Journal of Health Services*, 1976; 6:199-218.
6. César JA, Victoria CG, Barros FC, Ramos FA, Albernaz EP, Oliveira LM, Halpern R, Breitenbach A, Stone MH, Fracalossi V. Hospitalizações em menores de um ano pertencentes a duas cortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cadernos de Saúde Pública*, 1996; 12:67-71.
7. Gottlieb DJ, Beiser AS, O'Connor GT. Poverty, race and medication use are correlates of asthma hospitalization rates. *Chest*, 1995; 108: 28-35.
8. Perrin JM. Variations in pediatric hospitalization rates: why do they occur? *Pediatric Annals*, 1994; 33:676-683.
9. Ribeiro CA, Ângelo M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2005; 39(4):391-400.
10. Rocha JSY. Utilização de leitos hospitalares gerais em Ribeirão Preto, São Paulo (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, 1975 dec; 9(4).
11. Gouvêa CSD, Travassos C, Fernandes C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995. *Revista de Saúde Pública*, 1997; 31:601-17.
12. Bittencourt AS, Camacho LAB, Leal MC. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Caderno de Saúde Pública* 2006; 22:19-30.
13. Mathias TAF, Soboll ML de MS. Morbidade hospitalar em município da região sul do Brasil em 1992. *Revista de Saúde Pública*, 1996; 30(3):224-32.
14. Orellana JDY, Basta PC, Santos RV, Coimbra Junior CEA. Morbidade hospitalar em crianças indígenas Suruí menores de dez anos, Rondônia, Brasil: 2000 a 2004. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2007; 7(3).
15. Abrantes MM, Lamounier JÁ, Faria JF, Diniz CM, Cunha FAF. Causas de internações de crianças e adolescentes nos hospitais do SUS em Minas Gerais entre 1994 e 1995. *Informe Epidemiológico do SUS*, 1998; 7(1).
16. DíOleo RJM, Fávero M. Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico hospitalar em região do Estado de São Paulo, Brasil, 1988. *Revista de Saúde Pública*, 1992; 26:256-63.

17. Martins M, Blais R, Leite IC. Mortalidade hospitalar e tempo de permanência: comparação entre hospitais públicos e privados na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 2004; 20(2).
18. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 1999; 15(4).
19. Amaral F, Granzotti JA, Dantas BG. Perfil Ambulatorial em Cardiologia Pediátrica na Cidade de Ribeirão Preto, SP. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 2005; 84(2).
20. Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Revista de Saúde Pública*, 1997; 31(4):26-37.

## Especialidades odontológicas: avaliação de um centro de assistência secundária na rede municipal em São Luís - MA

*Dental specialties: evaluation of a service center in the municipal school in São Luís - Maranhão.*

Danielli Maria Zucатели Feitosa<sup>1</sup>, Larissa André dos Santos<sup>1</sup>, Maria de Fátima Lopes Teixeira<sup>1</sup>, Saira de Almeida Lima Barreto<sup>1</sup>, Cláudia Maria Coêlho Alves<sup>2</sup>, Nila da Conceição Cardoso<sup>3</sup>

**Resumo:** Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) foram instituídos pelo Ministério da Saúde (MS) com o propósito de organizar o fluxo de demandas por serviços odontológicos de média complexidade que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não têm condições de atender. Trata-se de um sistema de referência e contra-referência que atende aos princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto à integralidade, à resolutividade das necessidades e à equidade garantindo acesso universal sistematizado dos usuários a serviços de oferta restrita. O presente estudo teve como objetivo através de pesquisa de campo exploratória avaliar um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e seu Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD), na cidade de São Luís – Maranhão, a partir de levantamento de materiais, equipamentos e recursos humanos existentes e identificação das atividades desenvolvidas por este CEO. Para a coleta de dados utilizou-se questionário e check-list para observação das características e modalidade do Centro e seu LRPD. Concluiu-se que 41,4 % dos itens avaliados não estavam em conformidade e 58,6 % encontravam-se de acordo com as portarias vigentes.

**Descritores:** Auditoria Dental, Sistema Único de Saúde, Saúde Bucal.

**Abstract:** The Centers Dental Specialties (CEOs) were established by the Ministry of Health with the aim of organizing the flow of demands for dental services of average complexity that the Basic Health Units are unable to attend. This is a reference system and cross-reference that meets the basic principles of the Unified Health System (SUS) as to the completeness, the solution of the needs and ensuring equitable access to services systematized users of tight supply. This study refers to the field research exploratory, descriptive, which evaluated the Center Dental Specialties (CEO) and the Regional Laboratory of Dental Prosthesis (LRPD) of Alemanha neighborhood in the city of São Luís - Maranhão, through lifting of materials, equipment and human resources and identification of existing activities undertaken by the center. For data collection used a questionnaire and check-list for observing the characteristics and modality of the CEO and LRPD. The results showed that 41.4% of the evaluated items are not in line and 58.6% are in line with the existing ordinances.

**Keywords:** Dental audit, Single health system, Oral health.

### INTRODUÇÃO

As políticas de saúde no Brasil atualmente são desenvolvidas com o objetivo de mostrar resultados que favoreçam a atividade no âmbito da saúde. A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade e organizada de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular.

A lei nº. 8.689, de 27.07.1993, em seu artigo 6º, instituiu, ao nível de Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, de que trata o Inciso XIX do Art. 16 da Lei 8.080, de 20.09.1990, com a competência de avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, realizado de forma descentralizada, pelos três níveis de gestão – Federal, Estadual e Municipal. Foi designado neste mesmo ato, como órgão central

1. Alunos do Curso de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Docente do Curso de Odontologia II da UFMA.

3. Mestre em Saúde Pública. Docente da UFMA.

do SNA o Departamento Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria, substituído, posteriormente, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS.

A atuação plena e eficiente da auditoria nas três esferas de governo otimiza o controle da utilização dos recursos financeiros da saúde e garante que estes atendam aos anseios, necessidades básicas e fornecimento da média e alta complexidade à população.

A auditoria é um conjunto de técnicas que visam avaliar processos e resultados e a aplicação de recursos financeiros mediante a confrontação entre a situação encontrada com determinados critérios técnicos, operacionais e legais. Prado (2002) afirma que a auditoria na Saúde Pública é um instrumento para constatação da aplicação de normas, métodos, técnicas e práticas adequadas ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

A auditoria no SUS consiste no exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Em relação à auditoria voltada à Odontologia, o manual elaborado pelo DENASUS, que dita às orientações técnicas sobre auditoria em odontologia no SUS, visa ampliar o acesso da população brasileira às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e tem por objetivo melhorar os indicadores de saúde do País, a partir da implantação do Plano de Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, com a inclusão de profissionais de Odontologia nas Equipes de Saúde da Família (ESF), como principal estratégia adotada no primeiro nível de atenção.

Com a finalidade de proporcionar a integralidade das ações à população, o Ministério da Saúde implementou o Programa “Brasil Sorridente”, para viabilizar a atenção secundária, otimizando o atendimento especializado em Odontologia com a implantação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO’s). Estes têm como objetivos específicos atender a uma demanda reprimida por assistência em procedimentos odontológicos de média complexidade, complementando e servindo de referência para as Unidades Básicas de Saúde já existentes no país.

O Ministério de Saúde visando estimular credenciamentos e habilitações de municípios elaborou a Portaria GM/MS 283, de 22 de fevereiro de 2005, que possibilita a antecipação de incentivos financeiros para municípios destinados a implantação e redimensionamento dos serviços especializados em Odontologia.

De acordo com a Portaria GM/MS nº 600, de 23 de março de 2006, que trata do financiamento

dos Centros de Especialidades Odontológicas, o Ministério da Saúde (MS) institui incentivo financeiro da ordem de R\$ 79.200,00 (setenta e nove mil e duzentos reais) para cada CEO Tipo 1, R\$ 105.600,00 (cento e cinco mil e seiscentos reais) para cada CEO Tipo 2 e R\$ 184.800,00 (cento e oitenta e quatro mil e oitocentos reais) para cada CEO Tipo 3, credenciados pelo MS, destinados ao custeio dos serviços de saúde ofertados nas referidas unidades de saúde, divididos mensalmente em 1/12 (um doze avos) dos respectivos valores.

Define incentivo financeiro de implantação da ordem de R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para cada CEO Tipo 1, R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para cada CEO Tipo 2, e R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para cada CEO Tipo 3, credenciados pelo Ministério da Saúde, que deverão ser utilizados pelos municípios e estados na implantação das Unidades de Saúde habilitadas.

A Portaria GM/MS nº 1572/2004 estabelece o pagamento de próteses dentárias totais em Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) e teve seu anexo revogado pela Portaria GM/MS nº 930/06.

A atenção especializada em Odontologia corresponde aos níveis secundários e terciários, onde são realizados atendimentos de média e alta complexidade, respectivamente. Especificamente tratando sobre assistência secundária que atende a média complexidade na Odontologia, criaram-se além dos CEO’s, os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), a partir da Portaria MS/GM nº 1.570, de 29 de julho de 2004, publicada no DOU de 15 de setembro de 2004, que estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento dessas unidades e dos laboratórios de próteses em questão. A mesma foi revogada pela Portaria MS/GM nº 1.063, de 04 de julho de 2005, e posteriormente pela Portaria MS/GM nº 599, de 23 de março de 2006.

Conforme a portaria ministerial, os CEO’s são centros que devem obrigatoriamente realizar procedimentos nas seguintes especialidades odontológicas estomatologia, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal, endodontia, periodontia, pacientes portadores de necessidades especiais, cirurgia oral menor.

O LRPD, segundo a portaria ministerial nº. 1570/2004 é o estabelecimento cadastrado no CNES como Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico - SADT para realizar, no mínimo, os serviços de prótese dentária total e prótese parcial removível.

Quando for feita a atividade de auditoria, deverão ser observados os seguintes critérios:

- Se a área de abrangência está em consonância com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e com a identificação da população coberta;

- Se cumpre o disposto na Portaria MS/GM nº 599/06 quanto às características das modalidades de CEO e LRPD;

- Se estão sendo realizadas, no mínimo, as seguintes atividades: diagnóstico bucal, com ênfase no

diagnóstico e na detecção de câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais;

- Se há o cumprimento, pelos LRPD's do limite máximo de cobrança de procedimentos/mês (duzentos e quarenta e dois procedimentos), cobrados mediante apresentação do Boletim de Produção Ambulatorial

(BPA) do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 930/06 e seu anexo, quanto à produção mínima; e

- Quanto à execução físico-financeira dos recursos, deverá ser observado o que estabelece a Portaria MS/GM nº 1.571/04, revogada pela Portaria MS/GM nº 1.069, de 04 de julho de 2005, e em 23 de março de 2006 pela portaria MS/GM nº 600.

## MÉTODOS

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra, tendo sido aprovado sob protocolo número 003469/2008-60.

Trata-se de uma pesquisa de campo do tipo exploratória e descritiva, realizada no Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Laboratório Regional de Próteses Dentárias (LRPD), em um bairro da cidade de São Luís – Maranhão, no mês outubro de 2008, obedecendo aos procedimentos determinados pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas e um check-list para observar as características e a modalidade do CEO e LRPD de São Luís – MA, tendo como referência as portarias nº. 599/GM de 23 de março de 2006 e MS/GM nº. 1.571/04, bem como o Manual de Normas de Auditoria Odontológica do SUS.

O questionário foi respondido pelo diretor-geral da unidade que também acompanhou o preenchimento do check-list.

## RESULTADOS

A partir do questionário verificou-se que o CEO se encaixa na modalidade Tipo III, apresenta 26 cirurgiões-dentistas cadastrados, pós-graduados nas áreas que atuam, obedecendo a uma carga horária de 20 horas semanais. Apresentou menos de um auxiliar de consultório odontológico por consultório.

Dentre as atividades que desenvolvem estavam: periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais.

O CEO atendia mensalmente em torno de 40/50 pacientes por mês e obedecia à portaria 599/06 do MS/GM, que oferecia cobertura de atendimento à capital e aos municípios do interior do estado.

De acordo com observações, a estrutura física estava adequada para atender e permitir o acesso aos portadores de necessidades especiais. No entanto, em relação ao fato dos relatórios serem enviados trimestralmente ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o diretor não soube informar.

Também foi observado que o atendimento do paciente fica comprometido por falta de material e instrumental. Mediante essas falhas o diretor não soube informar se o repasse do recurso financeiro do SUS está sendo realizado.

Quanto aos recursos humanos o Centro contava

com uma recepcionista, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo, técnico em prótese dentária, cirurgião-dentista no laboratório de prótese e auxiliar de prótese dentária. Quanto à estrutura física existiam oito consultórios odontológicos, uma sala de espera e uma sala de esterilização, e, no laboratório de prótese, um motor chicote, prensa, cortador de gesso, muflas e aparelho de microondas. Em relação ao trabalho protético, realizava-se prótese dentária total, 242 unidades por mês e não se realizava prótese parcial removível.

Quanto ao check-list aplicado, constatou-se a presença de um aparelho de raios-x, três canetas de alta rotação, quatro canetas de baixa rotação, um amalgamador, um fotopolimerizador, não possuindo compressor compatível com a necessidade.

O mobiliário e o espaço físico não estavam compatíveis com os serviços ofertados, e não havia forno para confecção de prótese removível, centrífuga, maçarico para gás butano e oxigênio, forno elétrico e instrumentais compatíveis ao laboratório de prótese.

A partir dos resultados obtidos pelo questionário e check-list foram tabulados 41 itens. Dentre estes, 24 (58,6%) encontravam-se em conformidade enquanto, 17 (41,4%) não estavam em conformidade.

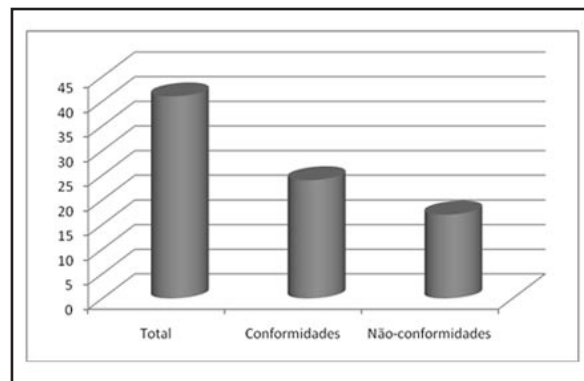


Figura 1 – Adequação de conformidades. Centro especializado em odontologia. São Luís - MA. 2008.

## DISCUSSÃO

No Brasil, existe um tímido número de publicações sobre a auditoria em saúde pública, e, quando se trata de auditoria odontológica, esse valor cai drasticamente.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO's) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD's), destinados à atenção secundária, foram criados pela Portaria MS/GM nº. 1.570<sup>6</sup>, de 29 de julho de 2004, publicada no Diário Oficial da União de 15 de setembro de 2004, que estabelece critérios, normas e requisitos para implantação e credenciamento dessas unidades e dos Laboratórios de Próteses.

Segundo o Manual de Auditoria Odontológica (MAO), a informação oferecida pelo o diretor da unidade está em conformidade quanto à classificação tipo III, com caso oito consultórios, com 26 profissionais, todos devidamente especializados na área em que atuam<sup>6</sup>.

Entre as atividades básicas estabelecidas pelo MAO, o referido CEO não desenvolve a atividade de diagnóstico bucal com ênfase na detecção e prevenção do câncer bucal, tratando-se, portanto, de uma não conformidade. Quanto ao Plano Diretor de Regionalização, conforme Portaria 599 MS/GM<sup>8</sup> o CEO oferece atendimento aos usuários da capital assim como dos municípios do interior do estado.

No momento da pesquisa, foi constatado que o atendimento estava reduzido em função de problemas estruturais, em torno de 40/50 pacientes por mês.

O acesso ao paciente especial está adequado, porém o mobiliário e o espaço físico em geral encontram-se insatisfatórios.

O artigo 4º da Portaria GM/MS 599/2006<sup>8</sup> determina que os CEO's sejam avaliados pelo Departamento de Atenção Básica – área de Saúde Bucal, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, mediante relatórios enviados trimestralmente. O diretor afirmou não ter conhecimento se os relatórios fornecidos pelo CEO, ao Nível Central da SEMUS (Secretaria Municipal de Saúde) São Luís-MA, estão sendo repassados ao Ministério da Saúde.

A falta de material e instrumental muitas vezes tem causado transtorno como redução ao atendimento ao usuário.

Quanto ao pessoal de apoio, recepcionistas, auxiliares de serviços gerais, auxiliares administrativos encontram-se em conformidade. Em relação ao pessoal auxiliar de consultório, constatou-se que o número padronizado pelo Ministério da Saúde, que é um por consultório odontológico, não está de acordo, pois o

mesmo apresenta menos de um por gabinete.

Os laboratórios de próteses dentárias realizam 242 unidades/mês e não realizam próteses parciais removíveis. O laboratório de prótese é composto por um cirurgião-dentista, um técnico de prótese e um auxiliar de prótese.

Observou-se que os equipamentos presentes são: um aparelho de raios-X, três canetas de alta rotação, quatro canetas de baixa rotação, um amalgamador, um fotopolimerizador, e apenas um compressor, que não atende satisfatoriamente as necessidades.

Após a avaliação do CEO, notou-se que os equipamentos e recursos materiais encontram-se em número inferior ao necessário para o desenvolvimento das atividades regulares da unidade. Em relação aos recursos humanos, a quantidade de cirurgiões-dentistas é suficiente, e está de acordo com o que rege o Manual de Auditoria do SUS para a modalidade Tipo III; porém, quanto aos auxiliares de consultórios dentários, o número encontra-se aquém do estabelecido.

Quanto às atividades desenvolvidas na unidade regularmente, estão a periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais, entretanto o diagnóstico com ênfase ao câncer bucal assim como sua prevenção não estão sendo realizados.

A prestação de serviços especializados odontológicos no serviço público é uma necessidade crescente. O tratamento oferecido nos Centros de Especialidades Odontológicas é uma continuidade do trabalho realizado pela rede de atenção básica e no caso dos municípios que estão na Estratégia Saúde da Família, pelas equipes de saúde bucal.

Partindo-se do pressuposto que o Brasil é um país onde dez milhões de pessoas não possuem dentes nem dentaduras, onde ocorrem milhares de óbitos por câncer de boca, onde falta diagnóstico precoce e é baixa a cobertura da saúde bucal, um país onde o tratamento odontológico resumia-se em extração do órgão dental<sup>13</sup>, é de suma importância que o Projeto Brasil Sorridente, que desencadeou as implantações dos CEO's, seja reforçado na prática, fazendo com que ele funcione de forma adequada atendendo as necessidades dos seus usuários<sup>15</sup>.

É importante ressaltar o papel da auditoria como fiscalizador das atividades desenvolvidas com intuito de através da avaliação buscar melhorias e o cumprimento das exigências das portarias vigentes em benefícios da população.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília(DF): Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS e dá outras providências. 1993. Brasília. *Diário Oficial da União*, Brasília(DF).
3. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, o serviço e o

- funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF).
4. Prado DO. *Auditoria de Gestão*. In: VI Congresso de Secretários Municipais de Saúde. São Luís: 2002.
  5. Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília: 1998.
  6. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 1570 de 29 de julho de 2004*. Brasília.
  7. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 1063 de 04 de julho de 2005*. Brasília.
  8. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 599 de 23 de março de 2006*. Brasília.
  9. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 283 de 22 de fev de 2005*. Brasília.
  10. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 1571 de 29 de julho de 2004*. Brasília.
  11. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 600 de 23 de março de 2006*. Brasília.
  12. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 1572 de 29 de julho de 2004*. Brasília.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 930 de 23 de março de 2006*. Brasília.
  14. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº. 1069 de 04 de julho de 2005*. Brasília.
  15. Conselho Federal de Odontologia. *Código de Ética Odontológico*. Brasília: CFO; 2006.

## Avaliação do fluxo dos prontuários no processo de internação hospitalar

### *Evaluation of the flow of medical records in the process of hospitalization*

Lílian da Conceição Pinheiro Rabêlo<sup>1</sup>, Maria Clara Campos Rabelo<sup>1</sup>, Maria Góis Diniz Galeno Machado<sup>1</sup>, Zoraima Porto<sup>1</sup>, Nair Portela Silva Coutinho<sup>2</sup>, Ana Luzia de Sá Magalhães<sup>3</sup>

**Resumo:** Estudo documental, descritivo e retrospectivo da avaliação do fluxo de prontuários no processo de internação do Hospital Universitário Unidade Presidente Dutra em 2007. Descreve a movimentação deste documento, que se inicia com a disponibilização pelo Serviço de Arquivo Médico - SAME ao Setor de Internação. Identificou-se os instrumentos de controle do fluxo e as rupturas existentes. Constatou-se que a Clínica Médica faz os registros de admissão/alta nos Livros de Registro e encaminhando os prontuários ao setor de Contas Hospitalares por meio de uma listagem-protocolo. A Clínica Cirúrgica faz os registros no livro de tramitação e protocolo eletrônico. O Setor de Contas Hospitalares recebe os prontuários para faturamento dos procedimentos realizados e encaminha ao SAME por meio do protocolo manual e relação de prontuários faturados, onde se completa o ciclo. Do universo de 2.832 prontuários resultantes de internações hospitalares do ano de 2007, selecionou-se uma amostra de 1.327 prontuários averiguados no Protocolo Eletrônico do Sistema de Automação Hospitalar do SAME e no Relatório Anual do Serviço de Contas Hospitalares. Os prontuários não visualizados nestas etapas foram localizados por meio de busca ativa no SAME. Concluiu-se que 1.305 prontuários completaram o fluxo, sendo 483 da Clínica Médica e 822 da Cirúrgica. Dos 22 com rupturas, 10 foram da clínica médica (05 não faturados, 04 sem registros de 2007 e 01 não localizado) e 12 da cirúrgica (04 não faturados 05 sem registro e 03 não localizados). Deste modo evidenciou-se rupturas, significando perdas de informações, prejuízo ao usuário, à equipe multiprofissional, à instituição e à sociedade.

**Descritores:** Fluxo; prontuário; paciente.

**Abstract:** Study documentary, descriptive and retrospective evaluation of the flow of medical records in the process of the Hospital Universitário Presidente Dutra Unit in 2007. Describes the handling of this document, which begins with the provision by the Department of Medical File (SAME) to the Department of hospitalization. We identified the instruments of controlling the flow and breaks available. It was found that the Medical Clinic is the records of admission and discharge in the Books of Record and forwarding the records to the sector accounts Hospital through a list-protocol. The Surgical Clinic is the records in the book of procedures and protocol address. The Hospital Sector Accounts receives the billing records of procedures performed and forwards through the SAME protocol manual and billed for medical records, which completes the cycle. The Universe of 2832 records derived from hospital admissions in the year 2007, we selected a sample of 1327 records investigated the Protocol of Electronic Automation System Hospital of SAME and the Annual Report of the Hospital Services Account. The records not shown in these steps were found through active search SAME. It was concluded that 1305 completed the flow charts, and 483 of 822 general medicine and surgery. With breaks of 22, 10 were in clinical medicine (05 unbilled, 04 no records for 2007 and 01 not found) and 12 surgical (04 unbilled 05 and 03 without registration not located). Thus it was observed breaks, meaning loss of information, subject to the User, the multidisciplinary team, the institution and society.

**Keywords:** Flow; medical record of patient.

### INTRODUÇÃO

O acesso à informação é um direito inalienável do cidadão, uma garantia ampla e irrestrita e a base de uma verdadeira e real democracia, pois assegura ao cidadão o direito total e ilimitado de saber o que lhe diz respeito<sup>1</sup>. Segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 19: “[...] este direito

1. Alunas do Curso de Especialização de Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA

2. Mestre em Pedagogia Profissional. Docente da UFMA.

3. Bibliotecária. Especialista em Gestão de Arquivo. Chefe do SAME do HUUFMA.

inclui a liberdade de, sem interferências, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e idéias por quaisquer meios, independentemente de fronteiras”<sup>2</sup>.

O Estado Brasileiro igualmente compartilha deste ideal de direitos, quando na Constituição Federal, no capítulo I, referente aos direitos e deveres individuais e coletivos, determina: “ todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado”<sup>3</sup>.

Na área da saúde, o documento básico da informação e comunicação é o prontuário médico, “documento de propriedade do paciente que está sob posse e guarda do hospital”<sup>4</sup>, que contém as informações sobre a sua saúde, seu corpo, sua intimidade física, emocional, mental e até sua vida social e privada<sup>5</sup>.

A Resolução nº. 1638/02 do Conselho Federal de Medicina<sup>6</sup> define prontuário médico como:

Documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo.

Ainda em seu artigo 2º, a Resolução nº 1638/02<sup>6</sup>, determina que: a responsabilidade sobre ele cabe ao médico assistente e aos demais profissionais que compartilham do atendimento, às Chefias Médicas e aos Diretores de Divisão Médica e/ou Diretor Técnico.

No Hospital Universitário – HUUFMA, o modelo de prontuário do paciente adotado para o registro da informação clínica é o convencional, em papel manuscrito, a qualidade dos seus registros e a sua guarda é imprescindível para legitimação dos direitos dos usuários<sup>7</sup>. O Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME é o Órgão responsável pelo gerenciamento do acervo de prontuários, no que se refere à sua organização, preservação e custódia<sup>8</sup>. A informatização deste arquivo teve início em outubro de 1994, com a implantação do cadastro nominal dos pacientes. Sendo ampliado em 1998 com a efetivação do Sistema de Tramitação (protocolo eletrônico) que controla o movimento (saída e entrada) dos prontuários<sup>8,9</sup>.

### O Fluxo do Prontuário

O fluxo do prontuário no processo de internação dos pacientes na Unidade Presidente Dutra compreende os setores de SAME/Arquivo Médico, Internação, Clínicas (Médica e Cirúrgica), Contas Hospitalares e SAME/Arquivo Médico, nas seguintes etapas: <sup>8,9</sup>

- O prontuário do paciente é disponibilizado pelo SAME, que acessa o Protocolo Eletrônico (módulo tramitação), que controla o movimento referente à saída do prontuário do arquivo para o Setor de Internação;

- O Setor de Internação encaminha o paciente com o seu prontuário para admissão nos postos de enfermagem das Clínicas Médica ou Cirúrgica;

- Nas Clínicas Médica/Cirúrgica o paciente é admitido pelos Postos de Enfermagem e o prontuário permanece na ala correspondente ao seu leito até o dia do desligamento (alta, transferência ou óbito);

- Concluído o tratamento hospitalar, o prontuário é encaminhado às secretarias das Clínicas para organização e revisão médica e em seguida ao Setor de Contas Hospitalares, para o faturamento dos custos dos procedimentos realizados. Na Clínica Médica o encaminhamento do prontuário é feito por meio de protocolo manual e relação de alta; na Clínica Cirúrgica por meio de protocolo manual, relação de alta e Protocolo Eletrônico.

- Após o faturamento dos custos os prontuários retornam ao SAME, onde são revisados, conferidos, selecionados, cadastrados no Protocolo Eletrônico (módulo tramitação) e novamente arquivados. A lei nº. 8.689/2, de 27.07.1993, em seu artigo 6º, instituiu, ao nível de Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Auditoria – SNA, de que trata o Inciso XIX do Art. 16 da Lei 8.080/3, de 20.09.1990, com a competência de avaliação técnico-científica, contábil, financeira e patrimonial do Sistema Único de Saúde, realizado de forma descentralizada, pelos três níveis de gestão – Federal, Estadual e Municipal. Foi designado neste mesmo ato, como órgão central do SNA o Departamento Nacional de Controle, Avaliação e Auditoria, substituído, posteriormente, pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS.

- A atuação plena e eficiente da auditoria nas três esferas de governo otimizará o controle da utilização

Este estudo foi realizado com o objetivo de descrever o fluxo do prontuário no processo de internação do Hospital Universitário na Unidade Presidente Dutra; verificar a existência de rupturas no fluxo deste prontuário e em que etapa ocorre e identificar os instrumentos de controle da tramitação do prontuário existentes nos setores envolvidos. Pretende-se deste modo avaliar o fluxo e sua eficácia tendo em vista o direito do usuário de ter acesso às informações contidas no seu prontuário,

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo documental, descritivo, retrospectivo, com abordagem quantitativa da amostra de 1.327 prontuários de pacientes que internaram no Hospital Universitário na Unidade Presidente Dutra, no período de janeiro a dezembro de 2007.

O Hospital Universitário – HUUFMA, instituição pública de ensino, pesquisa e extensão, que destina 100% do seu atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com 515 leitos, 14 salas de cirurgia e 26 especialidades médicas. É composto por duas unidades principais, fisicamente separadas, onde funcionam respectivamente as Unidades Presidente Dutra e Materno-Infantil. A Unidade Presidente Dutra, Referência em Alta Complexidade, oferece Serviços Assistenciais em: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Transplante Renal, Hemodinâmica, UTI's Geral e Cardíaca, Litotripsia, Terapia Renal Substitutiva e outros. A Unidade Materno Infantil oferece assistência integral à saúde da mulher e da criança, sendo referência Estadual para atendimento à gestante de Alto Risco.<sup>10</sup>

Definindo-se o erro tolerável de 2%, obteve-se  $n=2500$ , utilizado na fórmula de cálculo de amostra  $\{n = (N \times no / N+no)\}$ , encontrando um total de 1.327 prontuários que foram selecionados de forma aleatória do universo de 2.832 internações no ano de

2007, que constavam no relatório anual do Setor de Internação.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário contendo as etapas do fluxo, onde foi registrada a situação de cada um dos prontuários da amostra, conforme os registros encontrados no Protocolo Eletrônico do SAME (módulo tramitação), nos Relatórios de Prontuários Faturados em 2007 do Setor de Contas Hospitalares e nos livros de Tramitação das Clínicas Médica e Cirúrgica.

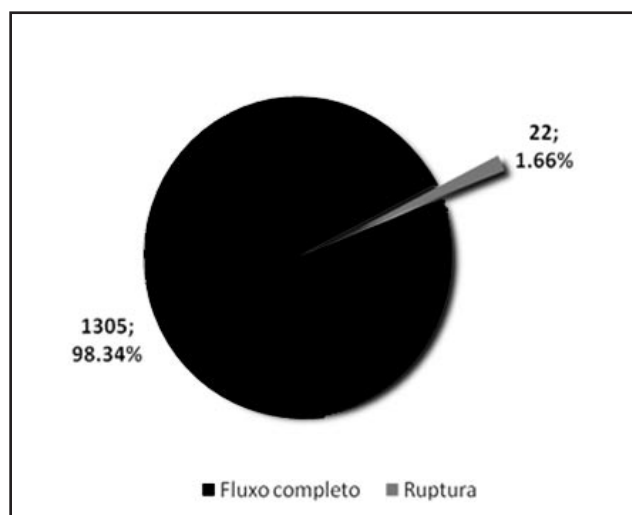
Os prontuários não visualizados nestes controles e identificados como fluxos incompletos foram averiguados no Arquivo Médico para constatação de rupturas. Prontuários faturados contêm um carimbo com a descrição “faturado” e a data do faturamento, que é de uso do Serviço de Contas Hospitalares.

Para realização desta pesquisa obteve-se aprovação da Comissão Científica do HUUFMA - COMIC, protocolo nº. 004170 de 7 de Outubro de 2008, obedecendo ainda à Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Por fim, os dados coletados foram analisados através do programa EPI-INFO, versão 3.5 do ano de 2008 e apresentados na forma de gráficos para análise dos resultados e discussão.

## RESULTADOS

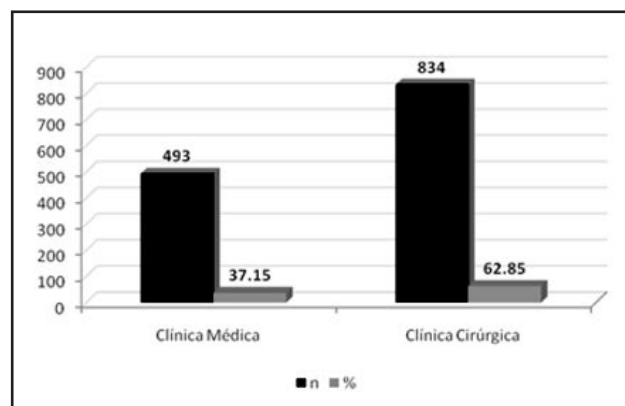
Avaliou-se o fluxo de 1.327 prontuários de pacientes que internaram nos meses de janeiro a dezembro do ano de 2007, no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA, na Unidade Presidente Dutra, conforme ilustra a Figura 1



**Figura 1** - Demonstrativo do fluxo de prontuários no processo de internação no HUUPD, São Luís-2007.

No que se refere ao fluxo dos prontuários verificou-se que 98,34% (1.305) completaram o fluxo e 1,66% (22) apresentaram algum tipo de ruptura no percurso (Figura 1).

Observa-se que o processo de admissão para



**Figura 2** - Distribuição dos prontuários de pacientes internados por Clínica no HUUFMA, São Luís-2007.

internação nesta Unidade, dá-se através das Clínicas Médica e Cirúrgica.

Constatou-se que 37,15% (493) foram admitidos na clínica médica e 62,85% (834) na clínica cirúrgica (figura 2).

No tocante a Figura 3, foram encontradas rupturas no fluxo de 2,03% dos prontuários da amostra internados na clínica médica, portanto 97,97% completaram o fluxo.

Identificou-se que houve na Clínica Cirúrgica, um percentual de 1,44% de rupturas, sendo que 98,56% completaram o fluxo (figura 4).

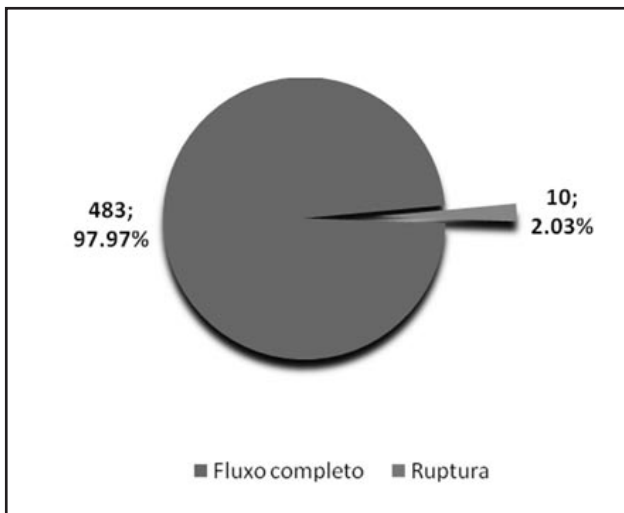


Figura 3 - Demonstrativo do percentual de rupturas encontrado nos prontuários dos pacientes internados na Clínica Médica, São Luís-2007.

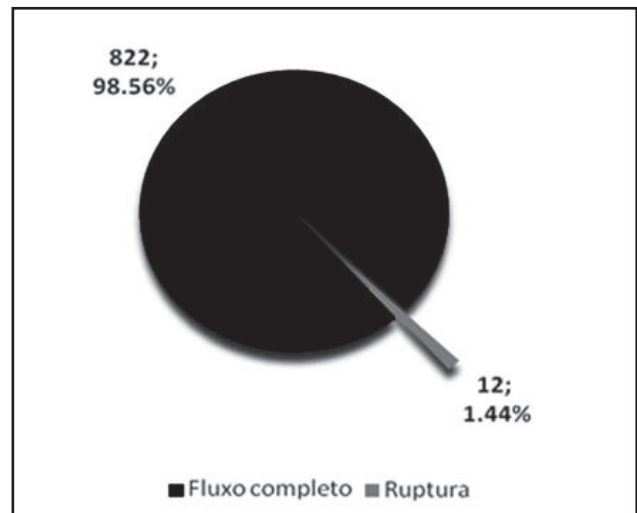


Figura 4 - Demonstrativo do percentual de rupturas encontrado nos prontuários dos pacientes internados na Clínica Cirúrgica, São Luís-2007.

### DISCUSSÃO

Ao avaliar o fluxo da amostra de prontuários do processo de internação no Hospital Universitário na Unidade Presidente Dutra, no período de janeiro a dezembro de 2007, verificou-se condutas diferenciadas pelos setores envolvidos, no que se refere ao controle da movimentação dos prontuários.

Na Clínica Cirúrgica, é utilizado o sistema de automação implantado pelo SAME desde 1998, além do registro nos livros de tramitação dos postos de enfermagem. Constatou-se um percentual de 1,44% de ruptura nesta etapa, sendo correspondente a 12 prontuários (4 não faturados, 5 sem registro de 2007 e 3 não localizados). Porém na Clínica Médica onde é utilizado apenas o sistema manual, por meio dos livros de registros e listagem-protocolo, identificou-se o percentual de 2,03% de ruptura, correspondendo a 10 prontuários (5 não faturados, 4 sem registros e 1 não localizado).

Rupturas significam perdas em vários sentidos: ao usuário que perde as informações sobre sua internação e sua saúde, não podendo receber um laudo médico para solicitar seus benefícios e adquirir seus direitos legais; a Instituição Hospitalar, pois perde o acervo científico, prejudicando assim as pesquisas e a defesa legal dos seus profissionais, como também reduz os recursos financeiros pela impossibilidade de cobrança dos procedimentos

realizados e também a sociedade em geral, pela falta de estudos epidemiológicos.

"A desassistência institucional ao prontuário, qualquer que seja a causa, configura inobservância ao princípio bioético de beneficência" <sup>11</sup> como também é "crime culposo quando se deixa de cumprir a cautela, a prudência e atenção a que se está obrigado quando de sua prática" <sup>12, 13, 14</sup>.

Sob esse aspecto observa-se ainda que o prontuário é o documento que deve suprir a necessidade dos diversos atores envolvidos nos processos: assistencial, administrativo, acadêmico e legal, com as informações necessárias **quando, onde e como** o usuário necessitar, nas mais diversas atividades <sup>15</sup>.

A não observância dessas necessidades e da importância desses processos implicará na perda do prontuário, da informação e na ruptura do fluxo documental, que por conseqüência, é extensiva ao usuário.

Portanto, "atender a um paciente sem elaboração de prontuário transgredir o artigo 69 do Código de Ética Médica e pode criar processo ético profissional com sujeição às punições constantes no artigo 22 da Lei Federal n. 3.268/57, que dispõe sobre os conselhos de medicina" <sup>11, 12, 13</sup>.

### CONCLUSÃO

Entende-se que manter o fluxo completo dos prontuários é dever e responsabilidade de todos que o manuseiam. Portanto não podem ocorrer rupturas no fluxo do prontuário.

Sugere-se deste modo que o uso do sistema automatizado para controle do fluxo, implantado pelo SAME em 1998, seja efetivado em todos os serviços envolvidos. Este sistema possibilita o rastreamento do prontuário, principalmente nos postos das clínicas especializadas, área de maior vulnerabilidade, onde é livre o acesso para o seu manuseio.

Recomenda-se ainda a implementação de um

sistema de alerta no Protocolo Eletrônico (módulo-tramitação), sinalizando os prontuários que saíram do SAME para o serviço de internação e não retornaram.

Ressalta-se a necessidade de capacitação continuada dos funcionários que manuseiam os prontuários, para que tenham conhecimento da importância deste documento e das penalidades cabíveis quando da negligência no controle do seu fluxo. Essa conduta preventiva possibilitará a redução do acesso, dos cidadãos usuários desta unidade hospitalar, aos dispositivos legais na busca dos seus direitos.

REFERÊNCIAS

1. Gauderer EC. *Os direitos do paciente: cidadania na saúde*. 7 ed.; Rio de Janeiro: Record; 1998.
2. Brasil. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 19 [capturado 2008 dez 28] Disponível em: [http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_interx\\_universal.htm](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_interx_universal.htm).
3. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Constituição da República Federativa do Brasil* [capturado em 2008 dez 10] Disponível em: <http://www.010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/22/consti.htm>.
4. Diener JRC, Silva NM. Aspectos administrativos, éticos e legais do prontuário médico. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 1994 jul/set; 23(3): 181-183.
5. Teixeira, J. Atualidades do prontuário. *Notícias Hospitalares: Gestão de Saúde em Debate*, 2005 mar; 46(4)[capturado 2008 abr 24] Disponível em: <http://www.noticiashospitalares.com.br/mar2005/htms/juridico.htm>.
6. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 1.638/2002. “*Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde*” [capturado em: 2008 dez 28] Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638\\_2002.htm](http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm).
7. Magalhães, ALS. Procedimentos arquivísticos do prontuário do paciente no arquivo médico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. *HUUFMA. Revista do Hospital Universitário / UFMA*, 2005 set / dez. 6 (3): 39 - 44.
8. Magalhães, ALS. *Prontuário Médico no Hospital Universitário: uma política de arquivo, gestão e gerenciamento* [monografia] São Luis (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2004. 110p.
9. Magalhães, ALS. *Estudo da demanda e uso da informação clínica na Unidade Presidente Dutra do Hospital Universitário – Universidade Federal do Maranhão, com vistas à implantação do prontuário eletrônico* [Monografia]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2001.131p.
10. Universidade Federal do Maranhão. Hospital Universitário. *Relatório de Gestão 2000*. São Luís: HU/UFMA; 2001. 133p.
11. Conselho Federal de Medicina – CFM. *Código de Ética Médica e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2001. 112p.
12. Schwartz GAD. *Direito a saúde: efetivação em uma perspectiva sistêmica*. Porto Alegre: Livraria do Advogado; 2001.224p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
14. Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal. *Prontuário médico do paciente: guia para uso prático*. Brasília: Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal; 2006.
15. Stumpf MK, Freitas HMR. *A Gestão da Informação em um Hospital Universitário: o processo de definição do Patient Core Record* [capturado 2008 dez 28] disponível em: [http://www.anpad.org.br/rac/vol\\_01/dwn/rac-v1-n1-mks.pdf](http://www.anpad.org.br/rac/vol_01/dwn/rac-v1-n1-mks.pdf).

## Impacto econômico das glosas hospitalares: importância do ressarcimento na alta complexidade

*Economic impact of hospital gloss:  
the importance of high complexity compensation*

Adriana Abreu Mota<sup>1</sup>, Elaine Cristina Sciarra<sup>1</sup>, Sílvia Raimunda Costa Leite<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente trabalho tem como objetivo analisar o impacto econômico das glosas hospitalares na alta complexidade do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão no ano de 2007, caracterizando os recursos com relação aos principais motivos, frequência de ocorrência, valores financeiros glosados e correções realizadas para o ressarcimento. Realizou-se um estudo descritivo dos relatórios de Autorização de Internação Hospitalar e Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade. Os resultados mostraram que os principais motivos de glosas foram: não cadastramento de fornecedor de órteses e próteses (38,68%), permanência maior superior ao permitido (10,69%), material incompatível com procedimento realizado (9,87%), AIH bloqueada por duplicidade (7,40%), quantidade de material superior ao permitido (6,99%), AIH aprovada no mesmo processamento (6,17%), diárias de UTI e de acompanhante superior ao tempo de permanência (4,11%) e AIH aprovada em outro processamento (1,64%). O total estimado de recursos glosados foi de R\$ 256.494,05, dos quais aproximadamente 90% foram ressarcidos ao hospital. Conclui-se que as glosas não resultaram em expressivo impacto financeiro em decorrência principalmente da descentralização do processamento das AIH's, da organização do Setor de Controle e Avaliação e do pagamento das AIH's reapresentadas pelo gestor.

**Descritores:** Glosas hospitalares; alta complexidade; ressarcimento.

**Abstract:** This study aims to examine the economic impact of hospital glosses in high complexity of the University Hospital of Federal University of Maranhão in 2007, featuring resources for the main reasons, frequency of occurrence, financial values glossed and corrections made to the compensation. We conducted a descriptive study of reports of Hospitalization Authorization and Authorization for high complexity procedures. The results showed that the main reasons for disallowances were not registering a provider of implants and prostheses (38.68%), stay longer than allowed (10.69%), material inconsistent with procedure (9.87%) AIH blocked by duplication (7.40%), amount of material than allowed (6.99%), AIH approved in the same run (6.17%), daily ICU and companion than the length of stay (4, 11%) and AIH adopted in other processing (1.64%). The total estimated resources glossed was R\$ 256,494.05, of which approximately 90% were reimbursed to the hospital. We conclude that the disallowances did not result in significant financial impact mainly due to the decentralization of processing of AIH, the organization of the Department of Control and Evaluation and the payment of AIH resubmitted by the manager.

**Keywords:** Glosses hospital; high complexity; reimbursement.

### INTRODUÇÃO

Com o advento do Sistema Único de Saúde - SUS surgiu a necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais para subsidiar os gestores no planejamento, controle e avaliação das ações de saúde. Neste sentido, o Ministério da Saúde determinou a implantação do Sistema de Informação Hospitalar/SIH/SUS, que tem como instrumento a

Autorização de Internação Hospitalar/AIH<sup>1</sup>.

A princípio o SIH era centralizado pelo Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - SUS/DATASUS, mas a partir de abril de 2006 foi implantado o processamento descentralizado (SIHD).

1. Alunos do Curso de Especialização em Auditoria em Services de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Mestre em Pedagogia Profissional. Docente da UFMA.

O Pacto pela Saúde divulgado pela Portaria GM/MS 399/2006 e regulamentado através da Portaria GM/MS 699 de 30 de Março de 2006 trouxe mudanças no processo de financiamento compartilhado do SUS<sup>2</sup>. Tais mudanças foram efetivadas pela Portaria GM/MS 204 de 29 de Janeiro de 2007 que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, organizando-os para serem transferidos sob forma de blocos de financiamento<sup>3</sup>.

Desta forma, cada gestor estadual e municipal dispõe de recursos financeiros, com tetos específicos em cada bloco de financiamento. Tais recursos são repassados aos prestadores de serviço (públicos, filantrópicos e privados) através da produção (ambulatorial ou hospitalar) apresentada ao gestor local conforme a forma de gestão.

O financiamento específico dos procedimentos de média e alta complexidade é feito através dos recursos do teto de média e alta complexidade e pelo Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC), conforme o nível de complexidade e a forma de financiamento estabelecidos na Tabela Unificada<sup>4</sup>.

Cada prestador de serviços do SUS apresenta mensalmente, de acordo com metas previamente estabelecidas em contratos, convênios ou em contratualizações, ao gestor de saúde local sua produção ambulatorial e hospitalar. Quando se trata de procedimentos da Alta Complexidade tais informações são colhidas através do laudo para emissão de Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade (APAC); as informações hospitalares são feitas através do laudo médico para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)<sup>5</sup>.

Tais formulários têm como objetivo principal a informação dos serviços e ações realizados nos estabelecimentos de saúde, como também visam ao reembolso dos serviços ambulatoriais e hospitalares prestados aos pacientes, fazendo com que grande importância seja dispensada às informações contidas no prontuário, podendo assim minimizar o número de glosas.

Em virtude da importância desse formulário, fez-se necessário um serviço de auditoria de contas médicas capaz de uniformizar as informações e detectar falhas no processo de informação.

O processo de auditoria é conceituado como uma avaliação sistemática e formal de uma atividade realizada por pessoas não envolvidas diretamente em sua execução a fim de se determinar se a atividade está de acordo com os objetivos propostos<sup>5</sup>.

Durante este processo podem ser encontradas falhas no preenchimento dos formulários, registros feitos de forma indevida ou ausências de dados para o esclarecimento das ações realizadas que levam ao bloqueio do pagamento de materiais, medicamentos, procedimentos e outros serviços. Ou seja, a presença de dados e informações inconsistentes, ilegíveis e subjetivas, torna a prática de glosar itens do faturamento das contas hospitalares significativa para o orçamento das instituições.

Glosa é a rejeição total ou parcial de recursos financeiros do SUS utilizados pelos Estados, Distrito Federal e Municípios de forma irregular ou cobrados indevidamente por prestadores de serviços, causando danos aos cofres públicos<sup>6</sup>.

As glosas ou correções são aplicadas quando qualquer situação gerar dúvidas em relação às regras e práticas adotadas pela instituição de saúde. Quando elas ocorrem, observa-se conflito na relação entre o SUS e a instituição prestadora de serviços<sup>5</sup>. Caso o motivo das glosas não seja identificado e corrigido, pode ocorrer grande "déficit" financeiro para a unidade prestadora de serviços podendo gerar uma diminuição dos serviços prestados à população.

Baseado neste contexto justifica-se o presente estudo, que tem como objetivo analisar o impacto econômico das glosas hospitalares na alta complexidade do Hospital Universitário (HUUFMA) no ano de 2007, caracterizando os recursos com relação aos principais motivos, frequência de ocorrência, valores financeiros glosados e correções realizadas para o ressarcimento.

## MÉTODOS

O presente estudo tem caráter descritivo e foi realizado no Hospital Universitário (HUUFMA) no período de setembro a outubro de 2008.

O Hospital Universitário é um centro de referência em atendimento de alta e média complexidade, atendendo não só pacientes da cidade de São Luís como de todo o estado do Maranhão. As especialidades atendidas na alta complexidade do HUUFMA são de doença renal, traumatologia-ortopedia, neurocirurgia e cirurgia cardiovascular.

Realizou-se uma análise das glosas hospitalares na alta complexidade no ano de 2007 sendo utilizado

o Banco de Dados do Departamento de Informática do SUS – Datasus<sup>7</sup>.

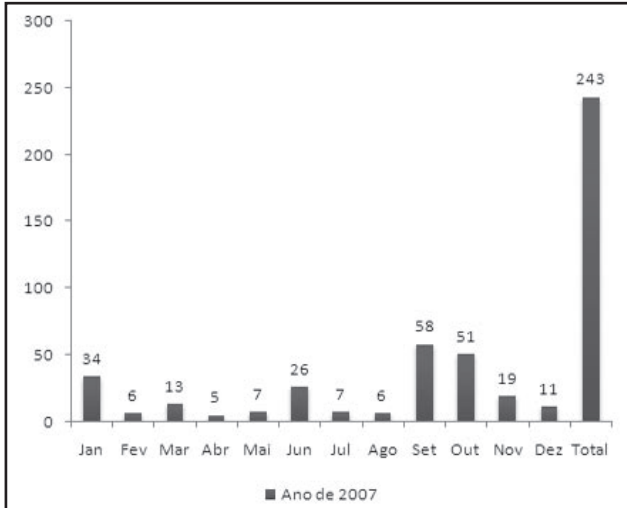
Utilizou-se também os relatórios de Procedimentos de Alta Complexidade - APAC's do ano de 2007 após autorização do setor de Controle e Avaliação do referido hospital.

Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento de pesquisa uma planilha eletrônica no programa Microsoft Excel. A planilha elaborada continha dados sobre os motivos de glosas e sobre a frequência com que as mesmas ocorreram no período de janeiro a dezembro de 2007.

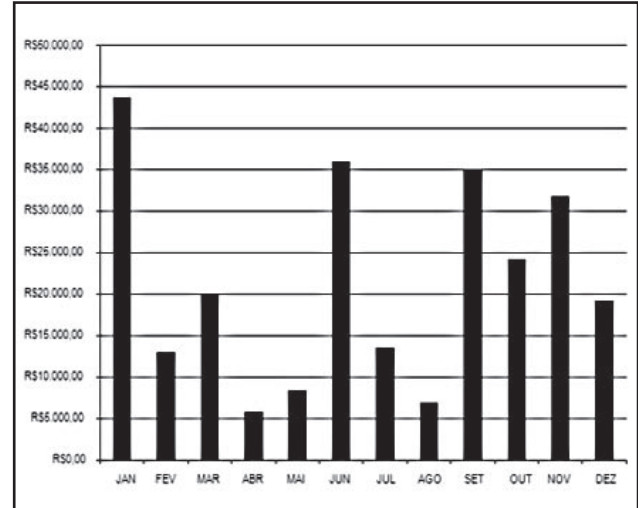
**RESULTADOS**

Na análise dos relatórios de glosas da alta complexidade no ano de 2007, foi identificado um total de 243 glosas, sendo setembro, outubro, janeiro e junho, os meses que apresentaram maior ocorrência (figura 1).

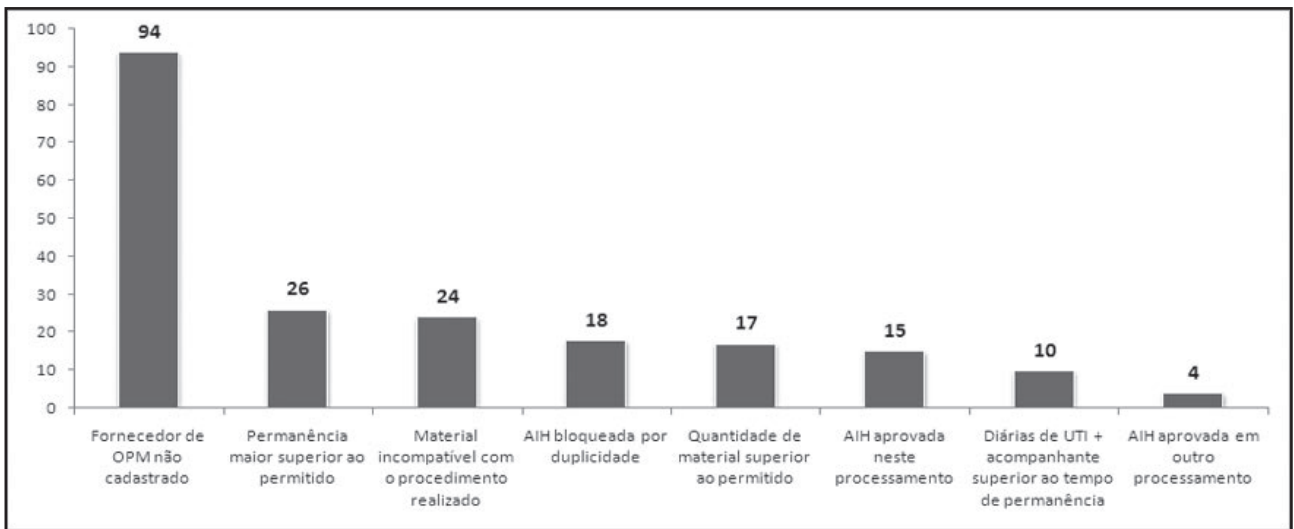
Os motivos de glosas mais freqüentes: fornecedor de órteses e próteses não cadastrado (38,68%), permanência maior superior ao permitido (10,69%), material incompatível com procedimento realizado (9,87%), AIH bloqueada por duplicidade



**Figura 1** – Número de glosas mensais na alta complexidade no Hospital Universitário no ano de 2007. São Luís - MA.



**Figura 3** – Valores (em reais) das AIH's glosadas por mês na alta complexidade no ano de 2007. São Luís – MA



**Figura 2** – Motivos de glosas de maior ocorrência na alta complexidade no Hospital Universitário no ano de 2007. São Luís – MA

(7,40%), quantidade de material superior ao permitido (6,99%), AIH aprovada neste processamento (6,17%), diárias de UTI e acompanhante superior ao tempo de permanência (4,11%), AIH aprovada em outro processamento (1,64%).

Para cada procedimento glosado há um custo relacionado. O total estimado de recursos glosados no ano de 2007, baseado no valor de cada procedimento descrito na tabela de procedimentos SIH/SUS 2006,

foi de R\$ 256.494,05 (figura 2).

Observou-se que os meses que apresentaram maior valor foram os de janeiro, junho, setembro e novembro (figura 3).

No ano de 2007 não foi encontrada nenhuma glosa referente à análise dos relatórios de Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade no Hospital Universitário HUUFMA.

## DISCUSSÃO

Após a análise dos dados, observa-se que ocorreu o maior número de glosas nos meses de setembro e outubro, o que não corresponde aos meses de maior valor financeiro glosado: janeiro e março. Explica-se esse fato porque os procedimentos glosados em janeiro e março, apesar de estarem em menor número, apresentam um custo elevado.

O motivo de glosa de maior frequência foi o não cadastramento de fornecedor de órteses e próteses, principalmente nos meses de setembro e outubro. Isso ocorreu em virtude do fornecedor deste serviço não estar devidamente cadastrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A solução encontrada para o ressarcimento dessas AIH's foi solicitar ao fornecedor o devido cadastramento e posteriormente a reapresentação dessas AIH's no mês seguinte.

No ano relativo à pesquisa realizada, havia no DATASUS uma tabela de compatibilidade de materiais, ou seja, havia uma listagem de todos os materiais que poderiam ser utilizados em cada procedimento bem como a quantidade de cada material. Com a implantação da Tabela Unificada, em 2008, essas informações estão disponíveis em cada procedimento. Observa-se que as glosas: material incompatível com procedimento realizado e quantidade de material superior ao permitido foram decorrentes da não observação da tabela, de erro no preenchimento da conta hospitalar ou de algum outro tipo de viés.

Permanência maior superior ao permitido, diárias de UTI e de acompanhante superior ao tempo de permanência, justificam motivo de glosas.

Para cada procedimento hospitalar realizado há um período médio de permanência de internação permitido, que pode ser até o dobro sem qualquer justificativa. Entretanto, esse período pode ser estendido por mais 99 dias, desde que seja devidamente autorizado pelo auditor e, ao ser feita a conta hospitalar, esta contenha um código específico. Caso essas medidas não sejam tomadas, se configura motivo de glosa. Para haver pagamento do procedimento hospitalar, poderá a conta ser reapresentada até três competências a partir da data da internação e, se houver teto financeiro para tal, o pagamento poderá ser feito após análise e decisão do gestor.

AIH aprovada neste processamento é um motivo de glosa que ocorre quando um mesmo número de AIH é apresentado por 2 instituições na mesma competência. Neste caso, houve fornecimento do mesmo número de série para dois prestadores de serviço diferentes, sendo aprovada para pagamento a AIH que foi apresentada em primeiro lugar. Para que a AIH rejeitada possa ser paga, o gestor municipal deverá

fornecer outro número de AIH ao prestador.

Quando o motivo de glosa é AIH aprovada em outro processamento, significa que está sendo reapresentada, pois uma vez apresentada, o sistema (SIHD) interpreta como AIH paga. O pagamento deste tipo de glosa depende da existência de recursos financeiros disponíveis e análise e decisão do gestor.

Quando ocorrem números diferentes de AIH's para o mesmo nome de paciente haverá glosa por AIH em duplicidade. Isto pode ocorrer por erro no preenchimento do formulário, AIH de homônimos ou mais de um procedimento para o mesmo paciente.

O valor total estimado dos procedimentos glosados nos relatórios de AIH's no ano de 2007 foi de R\$256.494,05, estes valores foram obtidos através da Tabela de Procedimentos SIH/SUS 2006. O impacto financeiro, porém, foi bem menor do que o valor total das glosas, visto que aproximadamente 90% dos procedimentos glosados foram ressarcidos ao HUU-FMA, segundo informações fornecidas pelo Setor de Controle e Avaliação.

Dos 8 principais motivos de glosas encontrados, pelo menos 4 deles poderiam ter sido evitados pela simples consulta à Tabela de Procedimentos SIH/SUS.

Constatou-se que desde o preenchimento do laudo para solicitação de AIH até o faturamento são feitas de forma manual e o preenchimento realizado por mais de um profissional. Isto facilita a ocorrência de erros simples como de interpretação, digitação ou mesmo de entendimento da grafia existente no prontuário. Rodrigues<sup>5</sup> relata em seu estudo que, as anotações realizadas pela equipe de enfermagem forneceram informações suficientes e contribuíram de forma substancial para um alto percentual de recuperação dos componentes glosados. De fato, anotações legíveis e completas diminuem o risco de más interpretações, diminuindo assim o número de glosas.

Hoje existe em muitos serviços o prontuário eletrônico, que, ao ser utilizado, minimizaria muito os erros decorrentes do processo de preenchimento dos formulários.

Para que haja o ressarcimento dos valores glosados faz-se necessário um trabalho de busca ativa para identificar onde foi o erro desde o preenchimento, digitação e envio das AIH's. Isso demanda tempo e recursos humanos e mesmo com todo o esforço e dedicação não há garantias de que os procedimentos sejam pagos à instituição, pois há variáveis nesse processo como recursos disponíveis para o pagamento posterior ao mês apresentado e também aprovação do gestor.

## CONCLUSÃO

A incipiente produção científica sobre glosas hospitalares e seu impacto econômico sobre as instituições de saúde dificultou a comparação com outros achados.

Concluimos que, o esforço para que não

haja glosas de procedimentos hospitalares deve ser motivo de preocupação dos administradores tendo em vista que causam "déficits" tanto para a instituição quanto para a população atendida, pois quanto maior os recursos glosados, maior a

chance da diminuição dos serviços oferecidos à população. O que contraria os princípios do SUS de universalidade e integralidade visto que os procedimentos de alta complexidade são os de mais difícil acesso à população de baixa renda.

O impacto financeiro dos recursos glosados no HUUFMA em 2007, não foi tão expressivo, visto

que, 90% destes recursos foram ressarcidos. Isto se deve a três fatores principais: descentralização do processamento das AIH's, organização do Setor de Controle e Avaliação do HUUFMA e a decisão do gestor municipal quanto ao pagamento das contas ao serem reapresentadas.

#### REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *Manual Técnico Operacional: Sistema de Informação Hospitalar, Módulo I*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 699, de 30 de março de 2006*. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. [capturado 2008 dez 13] Disponível em <http://www.saude.ms.gov.br>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007*. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. [capturado 2008 dez 13]. Disponível em <http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria%20204>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Tabela Unificada*. [capturado 2008 dez.12]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/TabelaUnificada/Principal.asp>
5. Rodrigues VA, Perroca MG, Jericó MC. Glosas Hospitalares: importância das anotações de Enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*, 2004 out-dez; 11 (4): 210-14.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS. *Manual de Glosas do Sistema Nacional de Auditoria*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 50 p.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus Banco de Dados do Departamento de Informática do SUS [capturado 2008 dez 13] Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.

## Pregão eletrônico para aquisição de medicamentos: experiência de um hospital universitário

*Electronic bidding for the purchase of medicines:  
experience of an university hospital*

Filipino Monteiro<sup>1</sup>, Gilvan Rocha Rodrigues<sup>1</sup>, Luiz Campelo Araujo<sup>1</sup>,  
Mary Jane Mendes Pinto<sup>1</sup>, Rita da Graça Carvalhal Frazão Correia<sup>2</sup>

**Resumo:** O Pregão Eletrônico é a modalidade de licitação em que a disputa pelo fornecimento de bens ou pela prestação de serviços comuns é feita em sessão pública e destina-se a garantir, por meio de disputa entre os interessados, a compra mais econômica segura e eficiente. Realizou-se um estudo de natureza descritiva e retrospectiva referente ao período de 2007 e 2008, com o objetivo de descrever e avaliar os procedimentos licitatórios na modalidade de Pregão Eletrônico para Registro de Preço, referente à solicitação e aquisição de medicamentos, destinados ao suprimento do Hospital Universitário da UFMA. A coleta de dados foi realizada utilizando-se como fonte de informação a base de dados documental tais como protocolo de rotinas, processo licitatórios, legislação pertinente, sistema eletrônico de controle de material, comprasnet e outros. Os resultados mostraram que, no período de 2007, entre os 12 (doze) processos analisados, 07 (sete) tiveram seus procedimentos executados em até 180 dias, correspondendo a 58.33 %. E no período de 2008, entre os 12 (doze) processos analisados, 08 (oito) tiveram seus procedimentos executados em até 120 dias, correspondendo a 66.67 %, referentes à fase interna e externa. Constatou-se que, no período de 2007, o valor inicialmente estimado, comparado com o valor efetivamente adquirido revela uma diferença de 30,95%. No período de 2008, o valor inicialmente estimado, comparado com o valor efetivamente adquirido, acusou uma diferença de 33,54%, representando significativo percentual de economia na aquisição.

**Descritores:** Pregão eletrônico; sistema de registro de preços; aquisição de medicamento.

**Abstract:** The Electronic Auction is the procurement method in which the competition for the supply of goods or the provision of common services is done in public and is intended to ensure, by means of dispute between the parties, the most economical purchase safely and efficiently. We conducted a study of a descriptive and retrospective for the period 2007 to 2008, aiming to describe and assess the bidding procedures in the form of Electronic Auction for Record Price, referring to the request and purchase of medicines, for the supply of University Hospital of UFMA. Data collection was performed using a source of information on the documentary data such as protocol routines, bidding process, legislation, electronic control system of material, and other Comprasnet. The results showed that, from 2007, among the 12 (twelve) cases examined, 07 (seven) had their procedures performed within 180 days, corresponding to 58.33%. And from 2008, among the 12 (twelve) cases examined, 08 (eight) had their procedures performed within 120 days, corresponding to 66.67%, which relate to the internal and external. It was found that, from 2007, originally estimated, compared with the amount actually obtained shows a difference of 30.95%. During 2008, the amount originally estimated, compared with the amount actually purchased, showed a difference of 33.54%, representing a significant percentage of the economy in the acquisition.

**Keywords:** Electronic trading system; record prices; purchase of medicine.

### INTRODUÇÃO

Administração de recursos de materiais nas instituições de saúde tem como objetivo coordenar todas as atividades necessárias para garantir o suprimento de todas as áreas da organização, ao

menor custo possível de maneira que a prestação dos serviços não sofra interrupções prejudiciais aos usuários.<sup>1</sup>

1. Alunos do Curso de Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

2. Mestre em Ciência da Saúde. Docente da UFMA.

Por ser uma instituição pública, o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão - HUUFMA, para realizar as aquisições de qualquer material, segue as normas de contratação de bens e serviços da Administração Pública, ditadas pela Lei 8.666/93<sup>2</sup> (Lei das licitações) e outras legislações complementares que regulamentam a matéria. O artigo 12 da Lei 10.520/2002<sup>3</sup> promove alteração na Lei 10.191/2001, acrescentando o Artigo 2-A. De acordo com o caput do referido artigo, “a União, os Estados, os municípios poderão adotar, nas licitações de registros de preços destinados à aquisição de bens e serviços comuns da área de saúde, a modalidade pregão, inclusive por meio eletrônicos”<sup>3</sup>.

Uma vez admitida a adoção do pregão para registro de preços, a contratação de bens e serviços na área de saúde, os define como “aqueles necessários ao atendimento dos órgãos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), cujos padrões de desempenho e qualidade possam ser objetivamente definidos no edital por meio de especificações usuais do mercado.”<sup>4</sup>

Em atendimento ao contido na legislação vigente os avisos dos certames são publicados no DOU (Diário Oficial da União) e imprensa local e divulgados simultaneamente, no endereço eletrônico <http://www.comprasnet.gov.br><sup>6</sup>, marcando-se a data e hora para o recebimento das propostas e início da disputa de lances.

No âmbito do Governo Federal, o Pregão Eletrônico foi implantado definitivamente a partir da publicação do Decreto Lei 5.450<sup>5</sup> de 31 de maio de 2005, o qual regulamentou a aplicação da Lei 10520/2002<sup>3</sup>, determinando que as aquisições dos produtos e serviços comuns sejam realizados preferencialmente pelo Pregão Eletrônico, no entanto, poderá a Administração utilizar outras modalidades de licitação, desde que devidamente justificada pela autoridade competente.

O processo licitatório é o procedimento administrativo através do qual a Administração Pública seleciona a proposta mais vantajosa para a contratação, tendo como finalidade garantir a observância dos princípios constitucionais da isonomia, da impessoalidade, da legalidade, da moralidade, da publicidade, da probidade administrativa e da vinculação ao instrumento convocatório, do julgamento objeto e dos que lhes são correlatos.<sup>7</sup>

As aquisições de produtos e serviços realizadas pelos órgãos da Administração Pública estão subordinadas ao regime da Lei 8.666 de 21 de junho de 1993, implantada pelo Governo Federal, além dos órgãos da administração direta, os fundos especiais, as autarquias, as fundações públicas, as empresas públicas, as sociedades de economia mista e demais entidades controladas direta ou indiretamente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios<sup>8</sup>.

A Lei 8.666/93 prevê as seguintes modalidades de licitação: concorrência, tomada de Preços, convite, concurso e leilão, cuja diferença básica reside no valor estimado ou complexidade da licitação, porém

a referida Lei apresenta alto grau de formalidade, tornando os procedimentos mais lentos e menos competitivos. Entretanto, o formato do Pregão Eletrônico, em contrapartida, permite maior agilidade, rapidez e flexibilidade nas aquisições dos bens e serviços comuns.<sup>2</sup>

Segundo Justen Filho<sup>9</sup>, o pregão, como modalidade de licitação, surgiu e desenvolveu-se no âmbito da Agência Nacional de Telecomunicações - ANATEL, em virtude de previsão nos artigos: 54, parágrafo único, 55 e 56 da Lei Geral de Telecomunicações (Resolução 0005/98) ampliou a disciplina do tema de modo mais minucioso. É interessante e proveitoso examinar os artigos 7 a 13 do referido regulamento federal, nos quais se encontra o modelo principal do legislador federal, motivado pelos resultados positivos obtidos pela ANATEL. Com os procedimentos de pregão, o Governo Federal, resolveu adotar essa prática, e fez por meio de Medida Provisória 2026 de 04 de maio de 2000<sup>10</sup>.

Houve motivadas discussões com referência à Medida provisória 2026/2000<sup>10</sup> que institucionalizava o pregão apenas no âmbito da Administração Federal e a Medida provisória 2186/2001 havia instituído o pregão apenas para a União. Essa restrição estava sendo considerada inconstitucional pela quase totalidade da Doutrina que tratou do assunto, tendo em vista que, em se tratando de norma geral, tinha que ter aplicação para todos os entes federativos, conforme ensina Di Pietro<sup>11</sup>.

O Pregão Eletrônico, no âmbito do Governo Federal, teve início com a criação da Medida Provisória 2.026/2000, que foi regulamentada pelo Decreto 3555/2000, e pela Lei 10.520<sup>3</sup> de 17 de julho de 2002, instituindo-se o “Pregão Eletrônico” em uma das modalidades da Lei de Licitações, com abrangência em todo o território nacional para aquisição de bens e serviços comuns pelos entes públicos.<sup>3, 4</sup>

A agilidade na execução do Pregão Eletrônico ocorre em função da desburocratização dos procedimentos, devido ao estabelecimento de uma seqüência diferenciada das demais modalidades licitatórias para as etapas do certame, adotada para a aquisição de bens e contratação de serviços comuns, cujos padrões de desempenho e qualidade sejam objetivamente definidos no edital. Além disso, o pregão permite ainda a utilização de novas tecnologias de informação, com a utilização de recursos eletrônicos, notadamente o uso da Internet, o qual se denominou pregão eletrônico. Este tem seus atos praticados em um ambiente virtual, através da rede mundial de computadores (Internet), veiculada ao site Comprasnet<sup>2, 3</sup>.

Pregão é a modalidade de licitação em que a disputa pelo fornecimento de bens ou pela prestação de serviços comuns é feita em sessão pública, por meio de proposta de preços escrita e lances verbais e sucessivos (Art. 2º, Anexo I do Decreto 3.555 / 2000)<sup>4, 12</sup>. Destina-se a garantir, por meio de disputa justa entre os interessados, a compra mais econômica, segura e eficiente.

Essa nova modalidade de licitação trouxe inovações para aquisições de materiais no setor público por proporcionar maior competitividade entre os licitantes, sendo realizada em sessão pública para negociação dos preços ofertados propiciando maior transparência à gestão de compras governamentais, além de instituir maior celeridade no certame licitatório.<sup>13</sup>

No atual contexto jurídico, o pregão deve ser a modalidade mais empregada no setor público por poder proporcionar aumento da competitividade e da agilidade nas contratações públicas<sup>14,15</sup>. O Pregão Eletrônico, instituído pelo Decreto 5.450/2001, encontra-se estruturado em Fase Interna de (preparação) e Fase Externa de (divulgação/publicidade).<sup>3</sup>

A Fase Interna do pregão eletrônico corresponde à preparação inicial do processo de aquisição que corresponde aos seguintes passos: I – elaboração do termo de referência, com indicação do objeto de forma precisa, suficiente e clara, vedadas especificações que por excessivas, e irrelevantes ou desnecessárias, limitem ou frustrem a competição ou sua realização; II – aprovação do termo de referência pela autoridade competente; III – apresentação de justificativa da necessidade de contratação; IV – elaboração do edital, estabelecendo critérios de aceitação das propostas; V – definição das exigências de habilitação, das sanções aplicadas, inclusive no que se refere aos prazos e as condições que, pelas suas particularidades, sejam consideradas relevantes para celebração e execução do contrato e o atendimento das necessidades da administração; VI – designação do pregoeiro e sua equipe de apoio.

A fase externa do pregão eletrônico tem início com divulgação e convocação dos interessados em participar do certame, conforme Art. 17 do Decreto 5.450/2005<sup>3</sup>. Este corresponde aos seguintes passos: I; II e III - indicação dos meios de divulgação (Diário Oficial da União; Meio Eletrônico, na internet, Jornal de grande circulação local ou regional), dependendo do valor da aquisição (Decreto 5.450/2005); § 2 – o aviso do edital conterá objeto, indicação dos locais e dias e horários em que poderá ser lida ou obtido a integral do edital; § 4 – o prazo fixado para apresentação das propostas, contados a partir da publicação do aviso não será inferior 08 (oito) dias úteis; Art. 18 até 02 (dois) dias úteis antes da data fixada para abertura da sessão pública, qualquer pessoa poderá impugnar o ato convocatório.

Considerando-se a implantação do Pregão Eletrônico, cabe verificar o impacto produzido na redução dos preços das aquisições dos medicamentos, bem como a sistemática dos procedimentos aplicados nesta nova modalidade de licitação. Nesse sentido, a escolha do tema “Pregão Eletrônico para aquisição de medicamentos em um Hospital Universitário.” Ocorreu pela oportunidade, como alunos do curso de Auditoria em Serviços de Saúde, de entender ser relevante aprofundar os conhecimentos relativos ao Pregão Eletrônico para Registro de Preços, modalidade de licitação realizada com o objetivo de registrar os preços dos licitantes vencedores do certame para contratação futura.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo de caráter retrospectivo referente ao período de 2007 e 2008, utilizando-se como fonte de informações a base de dados documental tais como protocolo de rotinas, processo licitatório, legislação pertinente, sistema eletrônico de controle de material, comprasnet e outros. O referido estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão – HUUFMA.

O Hospital Universitário da UFMA foi criado pela Resolução Nº 02, de 28 de Janeiro de 1991, do Conselho de Administração da Universidade Federal do Maranhão, em razão da cessão à Universidade Federal do Maranhão, pelo INAMPS. O Hospital Universitário é uma Instituição Pública de grande porte, formado por um conjunto de duas unidades, a Unidade Materno Infantil e a Unidade Presidente Dutra. É um hospital integrante da rede de ensino do Ministério da Educação, cuja prática se efetiva pela prestação de Serviços Assistenciais aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e está sob Gestão Municipal, sendo Referência em procedimentos de Alta Complexidade para todo o Estado do Maranhão<sup>16</sup>.

O Hospital Universitário até o ano 2005, encontrava-se vinculado diretamente à Unidade Gestora da UFMA, sendo as licitações realizadas

através da Gestão UFMA. Posteriormente, foi procedida a criação da Unidade Gestora do Hospital Universitário da UFMA, ainda vinculado à matriz, mas com certo grau de autonomia para gestão dos recursos financeiros. E, com o advento do Decreto 5.450/2005<sup>5</sup>, o Hospital Universitário passou imediatamente a realizar as aquisições através de Pregão Eletrônico adotando o Sistema de Registro de Preços para aquisição de produtos e serviços comuns, através do sistema disponibilizado pelo Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais (SIASG), cujo órgão central normativo é o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão.

A amostra utilizada no estudo foi constituída por 24 (vinte e quatro) processos correspondendo a 70% do universo de 33 (trinta e três) processo realizados no período de 2007 e 2008. Os dados foram coletados com o objetivo de avaliar a dinâmica aplicada aos procedimentos referente ao Pregão Eletrônico para Registro de Preços nas aquisições de medicamentos por meio de pesquisa nos Setores Requisitantes (Farmácia), Comissão de Licitação, Divisão de Material, Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Foram utilizados formulários padrão tipo check-list e formulário. Aprovado pela Comissão Científica do HUUFMA – COMIC, conforme protocolo Nº. 6380/2008.

## RESULTADOS

O resultado refere-se ao levantamento e análise de Pregões Eletrônicos para aquisição de produtos tipo (medicamentos) destinados ao suprimento do Hospital Universitário da UFMA, sendo 12 (doze) processos referentes ao período de 2007 e 12 (doze) processos referentes ao período de 2008, selecionados de forma aleatória, entre 33 (trinta e três) Pregões Eletrônicos para Registro de Preços realizados para aquisição de medicamentos.

Na aplicação do check-list padrão, adotado pela Comissão de Licitação, verificou-se que os processos de aquisições encontram-se instruídos de acordo com as formalidades dos documentos exigidos pela legislação, conforme Art. 30 do decreto 5.450/2005.

No período de 2007, entre os 12 (doze) processos analisados, 05 (cinco) tiveram os procedimentos executados no prazo de até 60 (sessenta) dias, correspondendo a 41.67%. E no período de 2008, entre os 12 (doze) processos analisados, 07 (sete) tiveram os procedimentos executados no prazo de até

Dos 12 (doze) processos referentes ao ano de 2007, verificou-se que, dos 471 itens solicitados, 135 foram cancelados ou desertos, e 336 foram adquiridos, representando um percentual de 71,34% de itens aproveitados. E no período de 2008, entre os 12 (doze) processos analisados, constatou-se que, dos 425 itens solicitados, 169 foram cancelados ou desertos e 256 foram adquiridos, representando um percentual de 60,24% de itens aproveitados (tabela 3).

Quanto aos motivos de cancelamento dos itens solicitados, no período de 2007, entre os 12 (doze) processos analisados, observou-se que, dos 135 itens cancelados, 29 foram desertos (sem propostas), 45 tiveram cotação acima do valor estimado e 57 tiveram problemas com documentação de habilitação. Em 2008, entre os 12 (doze) processos analisados, verificou-se que, dos 159 itens cancelados, 66 foram desertos (sem propostas), 45 tiveram cotação acima do valor estimado e 43 tiveram problemas com documentação de habilitação, (tabela 4).

**Tabela 1** – Tempo de duração dos processos para aquisição de medicamentos durante a fase interna. Hospital Universitário / UFMA, São Luís (MA) - 2009.

Dias	Medicamentos			
	2007		2008	
	f	%	f	%
001 – 030	3	25.00	7	58.33
031 – 060	5	41.67	2	16.67
061 – 090	2	16.67	2	16.67
091 – 120	2	16.67	1	08.33
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100.00</b>	<b>12</b>	<b>100.00</b>

Fonte: Comissão Permanente de Licitação - HUUFMA

30 (trinta) dias, correspondendo a 58.33%, referentes à fase interna (tabela 1).

No período de 2007, entre os 12 (doze) processos analisados, 08 (oito) tiveram os procedimentos executados no prazo de até 120 (cento e vinte) dias, correspondendo a 66.67%. E no período de 2008, entre os 12 (doze) processos analisados, 05 (cinco) tiveram os procedimentos executados no prazo de até 90 (noventa) dias, correspondendo a 41.33%, referentes à fase externa (tabela 2).

**Tabela 2** - Tempo de duração dos processos para aquisição de medicamentos durante a fase externa. Hospital Universitário / UFMA, São Luís (MA) - 2009.

Dias	Medicamentos			
	2007		2008	
	f	%	f	%
001 – 030	0	00.00	0	00.00
031 – 060	1	08.33	3	25.00
061 – 090	3	25.00	5	41.67
091 – 120	8	66.67	4	33.33
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>100.00</b>	<b>12</b>	<b>100.00</b>

Fonte: Comissão Permanente de Licitação – HUUFMA.

As aquisições realizadas através do pregão eletrônico apresentaram uma significativa redução de custo. No período de 2007, entre os 12 (doze) processos analisados, constatou-se que, quando comparado o valor inicialmente estimado com o valor efetivamente adquirido, observa-se uma diferença da ordem de 30,95%. E, no período de 2008, entre os 12 (doze) processos analisados, verificou-se que, quando comparado o valor inicialmente estimado com o valor efetivamente adquirido, existe uma diferença de 33,54%, (tabela 5).

**Tabela 3** - Quantidade de itens solicitados, cancelados e adquiridos nas aquisições de medicamentos. Hospital Universitário / UFMA. São Luís (MA) - 2009.

Ord.	2007				2008			
	Solicit.	Des./canc.	Adq.	%	Solicit.	Des./canc.	Adq.	%
P1	37	12	25	67.57	36	28	8	22.22
P2	12	1	11	91.67	8	3	5	62.50
P3	41	12	29	70.73	43	31	12	27.91
P4	46	11	35	76.09	40	22	18	45.00
P5	39	7	32	82.05	42	15	27	64.29
P6	43	22	21	48.84	41	11	30	73.17
P7	34	9	25	73.53	41	14	27	65.85
P8	41	8	33	80.49	37	11	26	70.27
P9	40	13	27	67.50	30	17	13	43.33
P10	42	9	33	78.57	51	11	40	78.43
P11	50	15	35	70.00	41	5	36	87.80
P12	46	16	30	65.22	15	1	14	93.33
<b>Total</b>	<b>471</b>	<b>135</b>	<b>336</b>	<b>71.34</b>	<b>425</b>	<b>169</b>	<b>256</b>	<b>60.24</b>

Fonte: Comissão Permanente de Licitação – HUUFMA

**Tabela 4** – Motivo de cancelamento dos itens de medicamentos. Hospital Universitário/ UFMA. São Luís (MA) - 2009.

	2007		2008	
	f	%	f	%
Desertos	29	21.48	66	41.51
Desistência formal	1	00.74	3	1.89
Documentos não enviados	32	23.70	10	6.29
Documentos incompletos	25	18.52	33	20.75
Valor acima do estimado	45	33.33	45	28.30
Divergência de especificação	2	01.48	2	1.26
Solicitação do setor	1	00.74	-	-
<b>Total</b>	<b>135</b>	<b>100.00</b>	<b>159</b>	<b>100.00</b>

Fonte: Comissão Permanente de Licitação – HUUFMA

**Tabela 5** – Comparativos referentes aos processos de aquisição de medicamentos quanto aos valores estimados, adquiridos, diferenças e percentuais econômicos. Hospital Universitário / UFMA. São Luís (MA) - 2009.

Ord.	2007				2008			
	V. Est.	V. Adq	Dif.	%	V. Est.	V. Adq	Dif.	%
1	385, 495.10	294101.70	91, 393.40	23.71	65, 413.00	60, 608.00	4, 805.00	7.35
2	219, 987.50	190, 063.00	29, 924.50	13.60	327, 180.00	220, 940.00	106, 240.00	32.47
3	575, 111.90	371, 566.50	203, 545.40	35.39	545, 287.00	329, 223.50	216, 063.50	39.62
4	472, 582.90	328, 789.00	143, 793.90	30.43	148, 639.00	76, 127.70	72, 511.30	48.78
5	490, 613.50	274, 062.50	216, 551.00	44.14	207, 118.85	144, 685.10	62, 433.75	30.14
6	317, 170.00	280, 704.00	36, 466.00	11.50	319, 791.20	256, 457.20	63, 334.00	19.80
7	889, 496.80	502, 978.60	386, 518.20	43.45	275, 535.80	205, 065.80	70, 470.00	25.58
8	405, 352.50	246, 211.50	159, 141.00	39.26	179, 168.00	113, 942.00	65, 226.00	36.40
9	583, 870.20	461, 427.20	122, 443.00	20.97	405, 623.00	384, 061.80	21, 561.20	5.32
10	250, 314.00	187, 451.50	62, 862.50	25.11	225, 766.60	171, 238.60	54, 528.00	24.15
11	284, 855.50	196, 582.50	88, 273.00	30.99	552, 045.70	187, 612.20	364, 433.50	66.02
12	310, 045.10	245, 985.40	64, 059.70	20.66	36, 020.00	35, 020.00	1, 000.00	2.78
<b>Total</b>	<b>5. 184. 895,00</b>	<b>3. 579. 923,40</b>	<b>1. 604. 971,60</b>	<b>30.95</b>	<b>3. 287. 588,15</b>	<b>2. 184. 981,90</b>	<b>1. 102. 606,25</b>	<b>33.54</b>

Fonte: Comissão Permanente de Licitação – HUUFMA

## DISCUSSÃO

Verifica-se neste estudo que em função dos diversos procedimentos realizados na fase interna, vários fatores contribuíram para a demora no transcurso do processo de aquisição dos materiais tais como: elaboração do Termo de Referência onde deve constar a especificação objetiva e clara, quantidade e valor estimado; condições de proposta, condições de qualificação técnica do licitante, custo orçamentário (pesquisa de mercado), condições de entrega e recebimento, obrigações da contratada, obrigações da contratante, responsável pela elaboração do termo de referência, visto que este deve atender a requisitos que produzirão vinculação direta na formalização do edital que regerá o certame licitatório.

A fase interna do pregão eletrônico corresponde à preparação inicial do processo licitatório de aquisição realizado pela instituição, que consta da solicitação pelo setor requisitante (Divisão de Farmácia) da Requisição de Material, Termo de Referência, sendo encaminhado através de memorando para ciência da Diretoria Adjunta de Administração e Finanças.

Esta avalia e solicita informação à Comissão de Licitação sobre a existência de processo licitatório para os itens solicitados, à Comissão de Licitação; que despacha para a Diretoria Adjunta de Administração e Finanças com as informações solicitadas. A Diretoria Adjunta de Administração e Finanças solicita à Divisão de Material que proceda a pesquisa de mercado para estimar os valores da aquisição.

A Diretoria Adjunta de Administração e Finanças, de posse dos novos valores, retorna à Divisão de Farmácia para adequação dos valores no Termo de Referência e de posse das informações encaminha para a Diretoria de Planejamento solicitando informação sobre a fonte dos recursos para as referidas despesas, e após encaminhamento a Diretoria de Planejamento registra a informação e encaminha para conhecimento da Diretoria Geral e autorização da abertura do processo licitatório, inicia o processo à Comissão de Licitação para as providências, a exemplo de elaboração da minuta do edital, verificação do Termo de Referência.

Em caso de ajuste no Termo de Referência, retorna ao requisitante para as devidas adequações, devolvendo-se em seguida para a Comissão de Licitação dar continuidade aos procedimentos; então, esta encaminha à Assessoria Jurídica para manifestação da minuta do edital e devolução à Comissão de Licitação com indicação ou não de alterações a serem realizadas no edital. Daí providencia-se a divulgação do certame <sup>4</sup>.

A fase externa tem início com a divulgação e publicidade do aviso do certame licitatório, indicando-se o objeto da aquisição, local, dia e hora da abertura da sessão de lances, através de meios eletrônicos tais como site [comprasnet.gov.br](http://comprasnet.gov.br), site da instituição, Diário Oficial da União e em jornais de grande circulação, para conhecimento dos interessados com a disponibilização do termo do edital para consulta.

A partir desse momento os interessados com acesso ao sistema podem ainda proceder a questionamentos, referentes ao edital, especificações dos materiais com indicação de direcionamentos, condições de qualificação técnica e outros. Os interessados poderão impugnar o edital, o que poderá acontecer até 02 (dois) dias úteis antes da data da abertura da sessão, com eventual adiamento, para realização de ajustes caso sejam necessários.

No dia, local e hora indicados no aviso de divulgação para abertura da sessão é realizada a vinculação do pregoeiro e da equipe de apoio, iniciando-se a operação do pregão eletrônico e verificando-se as propostas e declarações registradas no sistema sem identificação dos licitantes. Em seguida, o pregoeiro anuncia abertura da sessão de lances, quando então todos podem acompanhar em tempo real os lances apresentados pelos licitantes ainda não identificados. Encerrada essa etapa, segue a fase aleatória tempo (randômico) determinado pelo sistema eletrônico sem a intervenção do pregoeiro. Ao final do tempo cada item será encerrado aleatoriamente, aguardando-se posteriormente, o envio da proposta final e documentos solicitados. Porém ocorrem casos em que os prazos não são cumpridos por diversos motivos, remessa pelo correio (demora na entrega), dificuldades em adquirir os documentos solicitados, assim enviam propostas e documentos não conformes com o edital. Passando-se à fase de aceite das propostas após avaliação pelo requisitante.

Nos casos em que o requisitante necessita solicitar amostras para os licitantes, estes terão prazos para apresentá-las. Com aprovação, verifica-se os documentos da licitante; quando reprovada e existindo licitante classificado dentro do valor estimado, será solicitada nova proposta. Nessa fase poderá ser negociada com o licitante eventual redução de preço até o valor estimado. Se não houver concordância, o item será cancelado.

Resolvidas às pendências e após o aceite das propostas, será verificada a documentação de habilitação e qualificação técnica dos licitantes vencedores que serão habilitadas ou inabilitadas, momento em que será aberto prazo para registro de intenção de recursos. Caso o pregoeiro decida pela admissibilidade, será encerrada a sessão e abertos o prazo de 03 (três) dias úteis para que o licitante lance no sistema eletrônico as peças do recurso e, em consequência, serão abertos o prazo de 03 (três) dias úteis para apresentação de contra-razões pelos demais licitantes interessados e 05 (cinco) dias úteis para decidir o recurso. Mantida a decisão o pregoeiro deverá encaminhar os autos para decisão final, adjudicação e homologação pela autoridade competente, conforme (Art. 11, inciso VII do Decreto 5.450/2005). Não havendo registro de intenção de recursos, o pregoeiro fica autorizado a adjudicar o objeto aos licitantes declarados vencedores.

Após elaboração do mapa demonstrativo

da despesa e economia da aquisição, o pregoeiro encaminha à Diretoria de Administração e Finanças para ciência da despesa, retornando ao pregoeiro para proceder à adjudicação as empresas vencedoras, procedendo a ata da sessão Caso seja efetivada a emissão da Nota de Empenho, será encaminhada ao licitante vencedor que terá o prazo de até 20 (vinte) dias corridos para proceder à entrega dos materiais no local indicado.

O Pregão Eletrônico para adoção do Sistema de Registro de Preços adotado pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, para aquisição de produtos (medicamentos) encontra-se em conformidade com as formalidades exigidas pela legislação vigente tais como Lei 10.520/02, Decreto 3.555/2000, 5.450/01, 4.342/02, 3.722/01, 3.931/01, 4.358/02 e, subsidiariamente, a Lei 8.666/93 e alterações. Esta modalidade de licitação no período do estudo encontrava-se em fase de execução e adaptação estrutural para conhecimento e melhor desenvolvimento dos procedimentos exigidos para a execução dos processos licitatórios, buscando adequações para otimização dos prazos de aquisição dos produtos de forma a minimizar os efeitos de eventuais atrasos e conseqüentes desabastecimentos.

Diante do exposto, conclui-se que a demora para conclusão dos processos ocorre devido aos procedimentos da fase interna referente às adequações do Termo de Referência quanto à pesquisa de mercado, qualificação técnica e outros, bem como na fase externa em função da necessidade do requisitante solicitar amostras de determinados itens em razão de desconhecimento do produto.

O Pregão Eletrônico oferece maior rapidez, transparência e agilidade no procedimento de escolha da proposta para que atenda às necessidades da instituição com maior redução de custos operacionais e celebração de contratos compatíveis com os preços de mercado. Visa-se proporcionar redução de espaço para armazenagem, ampliação do mercado, favorecendo-se aumento da competitividade entre os

interessados e permitindo-se ainda o acompanhamento pela sociedade através da Internet dos gastos públicos acerca das aquisições realizadas pela instituição.

É importante ressaltar que o agente público deve ter na Licitação Pública uma forma de agilizar a máquina administrativa, usando-a de modo eficiente, racional, sem se prender a minúcias, contudo dentro da legalidade. Com o intuito de contribuir para melhoria do gerenciamento das aquisições, observou-se a necessidade de implementação de alguns itens considerados importantes:

a) Formação e capacitação dos agentes envolvidos no processo de aquisição (elaboração do Termo de Referência, pesquisa de mercado, elaboração de edital e outros);

b) Manutenção e atualização do cadastro de fornecedor com registros das ocorrências, de alterações, sanções, suspensões ou cancelamentos, anteriores que tenha sido considerado insatisfatório, facilitando o gerenciamento do desempenho dos fornecedores;

c) Produção e melhoria dos relatórios gerenciais no sistema eletrônico do Hospital Universitário, facilitando as pesquisas pelo usuário referente à localização do processo; associação do processo com a requisição de material; pregão eletrônico; nota de empenho e ainda a inclusão de mapa de custo, itens desertos, cancelados e situação final do processo (homologado, revogado, anulado ou suspenso);

d) Criação e manutenção de Banco de Amostras de Produtos aprovados e reprovados na Instituição, visando-se a redução de solicitações de amostras aos licitantes e dos prazos de conclusão da aquisição;

e) Otimização do prazo das aquisições através de possíveis ajustes no organograma do fluxo vigente de forma que possam ser minimizados os retornos para adequação das solicitações;

f) Adequação do cadastro de itens de material utilizado pelo Hospital Universitário com o Cadastro de Material do Governo Federal (CATMAT), face à emissão da Nota de Empenho.

## REFERÊNCIAS

1. Castilho V, Leite MMJ. *A Administração dos recursos materiais na enfermagem*. In: Administração em Enfermagem. 7. Rev. São Paulo: EPU; 2005.
2. Brasil. *Lei 8.666/93 de 21 de junho de 1993*. Estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços (inclusive de publicidade), compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de junho de 1993. 172 da Independência e 105 da Republica. Diário Oficial da União de 22/06/1993 e Republicação em 24/06/1994 [capturado 2008 jun 14] Disponível em [http://www.comprasnet.gov.br/legislacao/leis/8.666\\_93.htm](http://www.comprasnet.gov.br/legislacao/leis/8.666_93.htm).
3. Brasil. *Lei 10.520/02 de 17 de julho de 2002*. Institui, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, nos termos do art.37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, DF, 17 de julho de 2002. 181 da Independência e 114 da Republica [capturado 2008 jun 14] Disponível em [http://www.comprasnet.gov.br/legislacao/leis/10.520\\_02.htm](http://www.comprasnet.gov.br/legislacao/leis/10.520_02.htm).
4. Niebuhr JM. *Pregão Presencial e Eletrônico/5*. ed. Rev. atual e ampl. Curitiba: Zênite; 2008.

5. Brasil. *Decreto 5.450/05 de 31 de maio de 2005*. Regulamenta o pregão, na forma eletrônica, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências no âmbito da União, de acordo com o disposto no S 1º do art.2º, da Lei 10. 520/02, de 17 de julho de 2002 [capturado 2008 jun 14] Disponível em [http://www.comprasnet.gov.br/legislacao/decretos/de5.450\\_05.htm](http://www.comprasnet.gov.br/legislacao/decretos/de5.450_05.htm).
6. Brasil. *Comprasnet*. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão [capturado 2009 jun 10] Disponível em: [http://www.comprasnet.gov.br/legislacao/decretos/de5.450\\_05.htm](http://www.comprasnet.gov.br/legislacao/decretos/de5.450_05.htm).
7. Meirelles, HL. *Licitação e Contrato Administrativo*. 14 ed, atualizada por Eurico de Andrade Azevedo e Vera Monteiro. São Paulo: Malheiros; 2006.
8. Mendes RG, Biasi FM. *Lei de licitações e contratos administrativos*. Curitiba: Zênite; 2008.
9. Justen FM. *Pregão: Comentários à Legislação do Pregão Comum e Eletrônico*. 4 ed. São Paulo: Dialética; 2005.
10. Brasil. *Medida Provisória 2026-3 de 28 julho 2000*. Reeditada pela MPV nº 2.026-4, de 2000. Institui, no âmbito da União, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns e dá outras providências [capturado 2009 jun 10] Disponível em: Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/101636/medida-provisoria-2026-3-de-28-julho-2000>.
11. Di Pietro, Zanela MS. *Direito Administrativo*. São Paulo: Atlas; 1997 [capturado 2009 jun 10] Disponível em: <http://www.scribd.com/doc/7085460/Direito-Administrativo-Maria-Sylvia-Zanella-Di-Pietro-CAP11>.

## Autorização de internação hospitalar – AIH: qualidade do preenchimento dos laudos de solicitação

### *Authorization of hospitalization - AIH: quality of filling the reports request*

Antônio Magno de Sousa Borba<sup>1</sup>, Michelli Amorim Souza Guterres<sup>1</sup>,  
Misna Rosana da Silva Meireles<sup>1</sup>, Sílvia Raimunda Costa Leite<sup>2</sup>

**Resumo:** A pesquisa se propôs a verificar a qualidade do preenchimento do laudo de solicitação de autorização de internação hospitalar (AIH) bem como o intervalo entre a autorização e a internação do paciente. Estudo retrospectivo de abordagem quantitativa onde foram analisados 116 prontuários da clínica cirúrgica de um hospital público de São Luís. A coleta de dados contemplou informações referentes ao preenchimento dos laudos de AIH, datas de emissão do mesmo e internação dos pacientes. Observou-se que 100% dos prontuários possuíam laudo de AIH com a identificação da instituição já impressa. Nos campos identificação do paciente e justificativa da internação, constatou-se que 62,4% tinham preenchimento ilegível. Nos campos procedimento solicitado e autorização constatou-se que 45,2% e 55,8% respectivamente possuíam preenchimento incompleto. Quanto ao intervalo entre a emissão do laudo e internação, verificou-se que 35,3% das internações foram efetivadas até 15 dias após a emissão dos laudos e 14,7%, realizadas antes da emissão do laudo. Concluiu-se que a qualidade do preenchimento dos laudos de AIH não é satisfatória e a maioria das internações eletivas foram autorizadas previamente.

**Descritores:** Auditoria; qualidade; laudos para internação.

**Abstract:** The research aims to verify the quality of the reports filed to request authorization for hospitalization (AIH) and the interval between the commitment and hospitalization of the patient. A retrospective study of quantitative approach that analyzed medical records of 116 surgical clinic of a public hospital in São Luís-Maranhão. The data looked at information regarding the completion of the reports of AIH, dates of issue and the patients. It was observed that 100% of the records had report of AIH with the institution's already printed. In the fields of patient identification and justification of hospitalization, it was found that 62.4% had completed unreadable. In the fields requested and authorization procedure it was found that 45.2% and 55.8% respectively had filled incomplete. The interval between the issue of reports and admission, it was found that 35.3% of admissions were effective until 15 days after the issuing of reports and 14.7%, prior to the issuance of the report. It was concluded that the quality of filling the reports of AIH is not satisfactory and the majority of elective admissions were approved in advance.

**Keywords:** Audit; quality; reports for admission.

### INTRODUÇÃO

A auditoria surgiu no Brasil com a vinda de empresas internacionais e com o crescimento das nacionais. Até agosto de 1960, a política de saúde do país estava a cargo das caixas de assistência e benefícios de saúde, que atendiam seus associados e dependentes, agrupadas de acordo com a categoria profissional a que pertencia o trabalhador. A auditoria tem sido uma ferramenta gerencial utilizada pelos

profissionais da saúde com a finalidade de avaliar a qualidade da assistência prestada e os custos decorrentes desta atividade<sup>1</sup>.

O Sistema Nacional de Auditoria – SNA - foi instituído pelo Artigo 6º da Lei 8.689 de 27/07/93 e regulamentado pelo Decreto 1.651 de 28/09/95. Desdobra-se nos três níveis de gestão (Federal, Estadual e Municipal) realizando atividades de auditoria,

1. Alunos do Curso de Especialização de Auditoria em Serviços de Saúde da Universidade Federal do Maranhão - UFMA

2. Mestre em Neurologia. Docente da UFMA.

auxiliando outras instâncias de controle e servindo de base para o planejamento das ações de saúde<sup>2</sup>.

A auditoria consiste no exame sistemático e independente dos fatos obtidos através da observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas, de uma atividade, elemento ou sistema, para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações de saúde e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas<sup>2</sup>. Seu principal objetivo é fornecer à alta administração informações importantes para o controle efetivo de organizações ou sistemas, contribuindo para o planejamento das ações de saúde e o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>2</sup>.

Quanto à execução a auditoria pode ser de dois tipos: analítica e operativa<sup>2</sup>. A auditoria analítica corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas preferencialmente por equipe multidisciplinar, visando aprofundar as análises no sistema de atenção à saúde, a partir de situações encontradas na auditoria operacional ou decorrentes do impacto diferente do estabelecido no processo de planejamento<sup>3</sup>.

A auditoria operativa se subdivide em ambulatorial e hospitalar. O escopo da auditoria operativa hospitalar é verificar a qualidade da assistência hospitalar prestada aos usuários do SUS por meio da análise da estrutura física e organização hospitalar incluindo o exame dos prontuários dos pacientes<sup>3</sup>.

O Prontuário é um conjunto de documentos padronizados e ordenados, destinado ao registro dos cuidados profissionais prestados ao paciente pelos serviços de saúde públicos ou privados. Ele é um elemento valioso para a instituição, para o médico, bem como para o ensino e a pesquisa, servindo também como instrumento de defesa legal<sup>4</sup>.

O preenchimento do prontuário médico é obrigatório e todos os documentos constantes devem estar adequados e corretamente preenchidos, em letra legível, devidamente assinados e carimbados<sup>4</sup>.

O laudo é um documento que compõe o prontuário médico, utilizado para solicitar a internação do paciente em Hospitais que prestam atendimento ao SIH-SUS, devendo ser corretamente preenchido em todos os seus campos. Permite a emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que irá garantir o acesso ao estabelecimento hospitalar, bem como o pagamento dos serviços de saúde prestados aos usuários do SUS, durante a internação hospitalar<sup>5</sup>.

A emissão deste laudo é responsabilidade restrita de médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros

obstetras, de acordo com área de atuação, devidamente reconhecidas pelos respectivos Conselhos de Classe<sup>6</sup>.

Este laudo foi instituído pela Portaria SAS/MS n.º 743/05 e substitui os documentos a seguir, sem perda de informações:

- Laudo Médico para emissão de AIH;
- Laudo de Enfermagem para emissão de AIH de Parto Normal;
- Laudo Médico para Comunicação de Agravado Relacionado ao Trabalho.

O Laudo contém dados de identificação do paciente, da anamnese, exame físico, resultados de exames complementares, justificativa da solicitação; identificação do profissional solicitante e autorizador; diagnóstico inicial, códigos de procedimentos de acordo com a Tabela Unificada e com o Código Internacional de Doenças (CID)<sup>7</sup>.

Este documento deve ser corretamente preenchido pelo profissional Assistente/Solicitante de forma legível e sem abreviaturas sob pena de rejeição do mesmo; deve estar em 02 (duas) vias, sendo a primeira arquivada no Órgão Emissor/Autorizador de AIH da Secretaria de Estado da Saúde (SES) ou Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e a segunda, anexada ao prontuário. O profissional solicitante/assistente registra ainda, em campo próprio, o seu CPF, o CRM e/ou CRO ou COREN, assim como, o código do Procedimento Solicitado correspondente ao diagnóstico constante do Laudo, de acordo com a Tabela Unificada e o CID 10<sup>2</sup>.

Segundo a Portaria SAS/MS n.º 743/05 o laudo deve ser preenchido.

O laudo de solicitação de internação eletiva deve ser autorizado até 15 dias antes da realização e, para internação de urgência, deve ser apresentado no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis a contar da internação. Autorizada a internação, o órgão emissor preencherá o número da AIH do paciente no campo específico do laudo. Os gestores estaduais e municipais podem acrescentar aos laudos informações que julguem necessárias à sua realidade, desde que não sejam suprimidas informações do laudo original<sup>6,7</sup>.

A verificação da qualidade do preenchimento do laudo de solicitação de autorização de internação em uma unidade de saúde bem como o intervalo transcorrido entre a autorização e a internação do paciente, respeitando as indicações dos manuais estabelecidos pelo Ministério da Saúde, foi objetivo desse estudo.

## MÉTODOS

Estudo retrospectivo de abordagem quantitativa com descrição dos dados referentes à qualidade do preenchimento dos laudos de solicitação/autorização de internação hospitalar bem como o intervalo entre a data de emissão e a internação a pesquisa foi realizada em um hospital público de São Luís-MA, referência no estado na prestação de serviços de clínica médica, cirúrgica, oncologia e exames laboratoriais.

A amostra foi composta por 116 prontuários da clínica cirúrgica, atendidos no mês de maio de 2008.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se um "chek-list" com múltiplas opções, constando de informações referentes ao preenchimento dos laudos de solicitação/autorização de internação hospitalar e datas de emissão do laudo de AIH e internação dos pacientes

## RESULTADOS

Os resultados da avaliação dos laudos mostraram que em relação a identificação do paciente, 62,4% tinham o preenchimento incompleto, 17,6% o preenchimento estava ausente e 13,6% tinham o preenchimento ilegível (tabela 1). Quanto a justificativa da internação, foi observado que 73,1% tinham o preenchimento ilegível e apenas 10,5% apresentavam preenchimento correto e legível (tabela 2).

Dos procedimentos solicitados 45,2% tinham o preenchimento incompleto e 39,4% apresentavam o

preenchimento ilegível e apenas 1,1% tinham todos os campos corretos embora com algumas rasuras (tabela 3).

A análise referente ao campo de autorização mostrou que 55,8% estavam incompletos, 39,1% estavam ausentes e 5,0% incorretos (tabela 4)

A avaliação referente ao intervalo entre emissão de laudo e internação mostrou que 35,5% tinha até 15 dias, 28,4% não possuía data de emissão e 14,7% com internação antes da emissão do laudo (tabela 5).

**Tabela 1** – Distribuição dos laudos analisados segundo o campo identificação do paciente. Hospital Público. São Luís/Ma, 2008.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	f	%
Preenchimento correto e legível	6	4,8
Preenchimento ilegível	17	13,6
Ausência de preenchimento	22	17,6
Preenchimento incompleto	78	62,4
Preenchimento incorreto	2	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>125*</b>	<b>100</b>

\* O total da frequência excedeu o número de prontuários devido às opções de cada campo do check-list ser marcada em mais de uma.

**Tabela 2** – Distribuição dos laudos analisados segundo o campo justificativa de internação. Hospital Público. São Luís/Ma, 2008.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	f	%
Preenchimento correto e legível	13	10,5
Preenchimento ilegível	90	73,1
Ausência de preenchimento	11	9,0
Preenchimento incompleto	9	7,3
<b>TOTAL</b>	<b>123*</b>	<b>100</b>

\* O total da frequência excedeu o número de prontuários devido às opções de cada campo do check-list ser marcada em mais de uma.

**Tabela 3** – Análise do campo procedimento solicitado segundo os laudos analisados. Hospital Público. São Luís/Ma, 2008.

PROCEDIMENTO SOLICITADO	f	%
Preenchimento correto e legível	2	1,1
Preenchimento ilegível	69	39,4
Ausência de preenchimento	23	13,2
Preenchimento incompleto	79	45,2
Possui rasuras	2	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>175*</b>	<b>100</b>

\* O total da frequência excedeu o número de prontuários devido às opções de cada campo do check-list ser marcada em mais de uma.

**Tabela 4** – Análise do campo autorização segundo os laudos analisados. Hospital Público. São Luís/Ma, 2008.

AUTORIZAÇÃO	f	%
Ausência de preenchimento	47	39,1
Preenchimento incompleto	67	55,8
Preenchimento incorreto	06	5,0
<b>TOTAL</b>	<b>120*</b>	<b>100</b>

\* O total da frequência excedeu o número de prontuários devido às opções de cada campo do check-list ser marcada em mais de uma.

**Tabela 5** – Intervalo entre emissão do laudo e internação do paciente. Hospital Público. São Luís/Ma, 2008.

INTERVALO	f	%
Até 15 dias	41	35,3
Acima de 15 dias	25	21,6
Não possui data de emissão	33	28,4
Internação antes da emissão do laudo	17	14,7
<b>TOTAL</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

## DISCUSSÃO

Observou-se que todos prontuários possuíam laudo para emissão de AIH. No próprio formulário constatou-se a identificação da instituição de saúde já impressa o que impossibilita a ocorrência de erros.

De acordo com a tabela 1 que trata da identificação do paciente, foi observado que a maioria dos laudos apresentavam preenchimento incompleto, e apenas 4,8% estavam preenchidos corretamente e de modo legível, estando desta forma em desacordo com a Portaria nº 743 que determina que o laudo deverá ser preenchido de forma legível sob pena de rejeição do mesmo<sup>2</sup>.

Quanto a justificativa da internação a amostra apresentou preenchimento ilegível dificultando a leitura; houve preenchimento incompleto e ausência de preenchimento. O preenchimento foi correto e legível em apenas 10,5% visto que as anotações realizadas pelo profissional médico para justificar a internação do cliente devem ser claras e objetivas, proporcionando o entendimento do que leva a internação por qualquer pessoa que as leiam.

Segundo a portaria nº 743 o laudo deve ser corretamente preenchido em todos os seus campos obrigatórios com letra legível a fim de possibilitar futuras verificações pelos órgãos competentes e ainda conforme o Manual de Orientação Técnica do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) os códigos de procedimentos deverão estar de acordo com a

tabela do SIH/SUS e CID-10 e sua não conformidade implicará na glosa desta AIH.

Observou-se que 55,8% dos laudos estavam com preenchimento incompleto no campo autorização 39,1% não estavam autorizados. De acordo com o manual do SIH, o preenchimento deverá ser realizado pelo médico solicitante que registrará ainda em campo próprio o seu CPF e CRM, assim como o código do procedimento solicitado correspondente ao diagnóstico constante no laudo<sup>5</sup>.

No que se refere ao intervalo entre a emissão e a internação do paciente observou-se que 35,3% das internações foram efetivadas até 15 dias após a emissão dos laudos; 28,4% não possuíam data de emissão e em 14,7% a internação foi realizada antes da emissão do laudo discordando do que preconiza o Ministério da Saúde, pois o laudo de solicitação de internação eletiva deve ser autorizado até 15 dias antes da realização da mesma e para internação de urgência, deve ser apresentado no prazo máximo de 02 (dois) dias úteis a contar da internação<sup>2</sup>.

Concluiu-se ao final dessa pesquisa que a qualidade de preenchimento dos laudos para solicitação de autorização de internação hospitalar não é satisfatória e está em desacordo com as normas vigentes conforme preconizado no Manual de Orientação Técnica Hospitalar – Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Scarparo AF. Auditoria em enfermagem: revisão de literatura. *Revista Nursing*, 2005 jan; 80(8).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. *Manual de Orientação Técnica Hospitalar/Atualização*. v I. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde; 2006. 110p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Assuntos Administrativos. Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria. *Manual de Normas de Auditoria*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 1998. 48p.
4. Paes PPL, Maia JR. *Manual de auditoria de contas médicas*. Juiz de Fora(MG): Hospital Geral de Juiz de Fora; 2005.[capturado 2008 mar 21]. Disponível em: [http://dsau.dgp.eb.mil.br/arquivos/PDF/qualidade\\_gestao/manual\\_Auditoria.pdf](http://dsau.dgp.eb.mil.br/arquivos/PDF/qualidade_gestao/manual_Auditoria.pdf).
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle – DRAC. *Manual do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde; 2004. [capturado 2008 mar 21]. Disponível em: <http://www.claytonseveriano.com.br/arquivos/SIH-Sistema-de-informacao-Hospitalar.pdf>.
6. Brasil. *Portaria SAS/MS Nº 743 de 20 de dezembro de 2005*. Ministério da Saúde. Brasília, 2005.[capturado 2008 mar 21]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-743.htm>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Controle. Avaliação e Auditoria. *Manual de Auditoria Técnico-Científica*. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde; 1996. 53p.

## Mortalidade materna em São Luís, Maranhão, Brasil: 1999-2005

*Maternal mortality tendency in São Luis,  
Maranhão, Brazil: 1999-2005*

Ana Luiza de Souza Trabulsi<sup>1</sup>, Elba Gomide Mochel<sup>2</sup>, Maria Bethânia da Costa Chein<sup>3</sup>,  
Luciane Maria Oliveira Brito<sup>3</sup>, Alcione Miranda dos Santos<sup>4</sup>, Iohana Gabriella Silva Ribeiro<sup>5</sup>,  
George do Lago Pinheiro<sup>5</sup>

**Resumo:** Conhecer a tendência da mortalidade materna no Município de São Luís de 1999 a 2005. Trata-se de estudo descritivo, retrospectivo de base populacional. Com os dados obtidos no Sistema de Informação de Mortalidade, identificaram-se as mulheres residentes no município de São Luís, na faixa etária de 10 – 49 anos, que evoluíram a óbito entre 1999 e 2005, cuja codificação da causa básica de morte foi morte materna. Estabeleceu-se a razão de mortalidade materna (RMM). Foram identificadas as distribuições dos óbitos maternos segundo o perfil materno (idade, escolaridade, estado civil e cor), as principais causas de óbito materno e a classificação destas causas segundo os Grupos da CID 10. A razão de mortalidade materna foi de 128,49 para cada 100.000 nascidos vivos no período pesquisado, ressaltando a maior RMM no ano de 2005 com 134,55. A maior parte dos óbitos maternos ocorreu em mulheres na faixa etária de 20 a 29 anos, solteiras, com escolaridade entre 8 e 11 anos e de cor parda. Verificou-se que a maior parte das mortes maternas (23,7%) teve como causa uma das seguintes, que pertencem a um único grupo da CID 10: Edema, Proteinúria e Transtornos Hipertensivos na Gravidez, Parto e Puerpério. Observaram-se índices muito altos de mortalidade materna em São Luís, motivados por causas evitáveis com uma boa assistência pré-natal. Medidas sócio-educativas devem ser insistentemente realizadas com os profissionais de saúde a fim de contornar este indicador.

**Descritores:** Mortalidade Materna; causalidade; epidemiologia.

**Abstract:** To get a profil of maternal mortality in the municipality of São Luís in years of 1999 to 2005. A descriptive study from a populational basis, retrospective, with quantitative variables. Through the data from the Mortality Information System it was identified the women abiding in the Municipality of São Luís between 10 and 49 years old who arrived to death in that moment 1999-2005, under maternal death codification. It was established the coefficient for that (RMM) reason of maternal death. Also the distribution of maternal deaths according to the maternal profil (age, scholarship, civil state and colours) and the classification of those origin (direct or indirect). The coeficient for maternal death (RMM) it was 128,49 for death 100.000 born alive in the time research. The most of maternal deaths occurred among women in the age of 20-29 years old, single, with 8-11 of scholarship and mulatto skin. It was observed that the most maternal deaths (23,7%) had as cause one of the following, that make parte of the CID 10 Group: Edema, Proteinuria and Hipertensives Disorders in Pregnancy, Childbirth and Puerperium. It was observed high figures of maternal deaths in São Luís, motivated by avoidable causes in terms of good care in pre-natal assistance. Socio-educative measures must be done, with insistence, among the professionals of health in order to give an answer to grave problem.

**Keywords:** Maternal Mortality; causality; Epidemiology.

### INTRODUÇÃO

A mortalidade materna (MM) é um assunto de relevância em saúde pública. O desafio dos profissionais de saúde, autoridades políticas e comunidade seria lutar para garantir às mulheres,

medidas de promoção, recuperação da saúde e prevenção de doenças em todo o seu processo de vida e, especificamente, no ciclo grávido puerperal.

Nos países em desenvolvimento há grande

1. Enfermeira do HUUFMA.

2. Doutora em Enfermagem. Docente da UFMA.

3. Doutoradas em Medicina. Docentes da UFMA.

4. Doutora em Estatística. Docente da UFMA.

5. Acadêmicos do Curso de medicina da UFMA.

dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde, pois além da baixa cobertura de atenção à saúde, ainda vigora o questionamento da qualidade da assistência prestada pelos profissionais, o que coloca as mulheres em maior risco à morbi-mortalidade<sup>1</sup>.

A cada vinte e cinco minutos, uma mulher morre como resultado da gestação ou parto em algum lugar das Américas<sup>2</sup>; a nível de Brasil, o que se tem observado em São Paulo por exemplo, é que embora este índice de mortalidade venha diminuindo, permanece ainda muito alto, segundo o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde<sup>3</sup>.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define morte materna como a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada à gravidez ou agravada pela mesma, ou a medidas tomadas em relação a ela, porém não devido a causas acidentais ou incidentais<sup>4</sup>.

As causas de mortalidade materna podem ser classificadas em diretas ou indiretas. As diretas resultam de complicações obstétricas no período gravídico-puerperal conseqüentes às intervenções, omissões, tratamento incorreto ou seqüência de eventos de qualquer uma dessas situações. Já as indiretas resultam de doenças pré-existentes ou desenvolvidas durante a gravidez e que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da mesma<sup>5</sup>.

No Brasil, as principais causas de mortalidade materna são as síndromes hipertensivas, hemorragias, infecções puerperais e complicações de abortamento, representando 66% da mortalidade<sup>6</sup>.

A razão de mortalidade materna (RMM) é obtida pela razão entre o número de mortes maternas (diretas e indiretas) e o número de nascidos vivos (NV) para uma mesma área geográfica e intervalo de tempo, expresso por 100.000 nascidos vivos. A razão de mortalidade materna é indicador de saúde que possibilita a avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres no período pré-natal, parto e pós-parto, além disso, expressa as condições de acesso da mulher aos serviços de saúde e adequação da assistência à saúde ao responder às suas necessidades<sup>7</sup>. Algumas estudos<sup>8,9</sup> têm considerado tal índice incapaz quando utilizado isoladamente na avaliação da mortalidade materna por grupos de causas específicas, uma vez que os registros oficiais nos países em desenvolvimento não ocorrem de maneira satisfatória, ou seja, há uma sub-notificação.

A aquisição de mais e melhores informações sobre a ocorrência e circunstâncias das mortes

maternas é de fundamental importância para a qualificação do problema e equacionamento de medidas para a sua prevenção e redução. Nesta perspectiva foram criados os Comitês de Mortalidade Materna (CMM), considerados estratégicos para conhecer e monitorar a situação real da mortalidade materna nos diversos países<sup>10</sup>.

Em nosso país, a mortalidade materna espelha as profundas desigualdades sociais e o pouco valor proferido à mulher na sociedade brasileira. A possibilidade de evitá-la oscila entre 90 e 98%, conforme diferentes estudos, estando diretamente relacionada à oportunidade e qualidade da assistência pré-natal, perinatal e pós-natal recebida<sup>2,5,11,12,13</sup>.

A cobertura da assistência pré-natal no Brasil ainda é baixa. Na região Nordeste essa realidade é ainda mais evidente. O Maranhão é um dos Estados onde o percentual de mulheres que não realizam o pré-natal é bastante elevado. Coimbra, et al.<sup>13</sup> identificaram que em São Luís 89,5% das mulheres realizaram uma primeira consulta de pré-natal, mas apenas 62,5% das mulheres chegaram a realizar cinco consultas.

Menezes, et al<sup>14</sup> referem que o fluxo de gestantes em busca de atendimento obstétrico no momento do parto gera uma verdadeira peregrinação a procura de serviços de saúde.

A OMS considera como aceitável uma razão de mortalidade materna em torno de 10 e até, no máximo, 20 por 100.000 nascidos vivos, classificando-as como: muita alta mortalidade (acima de 150/100.000 nascidos vivos); alta mortalidade (de 50 a 149/100.000 nascidos vivos); média mortalidade (de 20 a 49/100.000 nascidos vivos) e baixa mortalidade (menos de 20/100.000 nascidos vivos)<sup>7</sup>.

No Brasil, estima-se em 5.000 o número de mortes anuais por causas maternas, cujos valores variam a depender da localização. A razão de mortalidade materna brasileira é de 75/100.000 nascidos, porém levando-se em consideração a subnotificação das declarações de óbito (DO), esta é corrigida elevando-se para 141/100.000 nascidos vivos. Assim, o número estimado varia de 120 a 150/100.000 nascidos vivos, sendo assustador quando comparado ao dos países desenvolvidos<sup>10</sup>.

Estipular a magnitude do problema é um dos passos primordiais para identificação de suas causas e desenvolvimento de estratégias de redução da mortalidade materna. Desta forma, o conhecimento do seu perfil no município de São Luís servirá como instrumento para o planejamento e execução de políticas de saúde voltadas para uma melhor assistência à mulher durante o período gravídico-puerperal.

## MÉTODOS

Realizou-se estudo descritivo, retrospectivo, de base populacional, com dados do Sistema de Informação de Mortalidade, utilizando-se dados oficiais do Ministério da Saúde disponíveis no DATASUS. Foram identificadas mulheres residentes no município

de São Luís, na faixa etária de 10 – 49 anos, o que foi adotado como limites de idade fértil, que obituaram entre 1999 e 2005, cuja codificação da causa básica de morte foi morte materna.

Com base nestes dados, foi identificada a razão

de mortalidade materna do período e relacionadas as mortes das mulheres em idade fértil segundo as variáveis de idade (as mulheres foram distribuídas entre as faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19, 20 a 29, 30 a 29 e 40 a 49 anos), escolaridade (grupos com 0, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11 e 12 ou mais anos de estudo, além da opção "ignorado"), estado civil (solteiras, casadas, outras situações, e estado civil ignorado), cor da pele

(brancas, pretas, amarelas, pardas e de cor ignorada) e causa de óbito (grupos do CID 10).

Os resultados foram consolidados e analisados estatisticamente com o software EpiInfo 2000 para Windows. Este trabalho foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (parecer nº. 149/06).

## RESULTADOS

No período de 1999 a 2005, ocorreram 2.578 mortes de mulheres em idade fértil em São Luís, das quais 101 (3,9%) foram mortes maternas. De acordo com o total de nascidos vivos no período, a razão de mortalidade materna foi de 74,31. Considerando-se o menor e maior número de mortes femininas,

observaram-se os respectivos valores nos anos de 1999 (391) e 2004 (338). Quanto às mortes maternas e razão da mortalidade materna houve um aumento progressivo de seus valores culminando com 24 e 134,55 no ano de 2005, respectivamente conforme ilustra a Tabela 1.

**Tabela 1** - Distribuição das mortes femininas em idade fértil<sup>1</sup>, mortes maternas, nascidos vivos e razão de mortalidade materna<sup>2</sup> em São Luís (1999 – 2005).

Ano	Mortes femininas	Mortes maternas	Nascidos vivos	RMM
	n	n	n	
1999	391	10	21.707	46,06
2000	384	12	21.158	56,71
2001	385	17	20.049	84,79
2002	358	14	18.317	76,43
2003	373	9	18.546	48,52
2004	338	15	18.291	82,00
2005	349	24	17.836	134,55
Total	2578	101	135.904	74,31

1. nota: idade fértil são mulheres entre 10 e 49 anos.

2. nota: razão de mortalidade materna a cada 100.000 nascidos vivos

Na Tabela 2, verifica-se que o maior percentual de mortalidade materna, ocorreu na faixa etária 20 a 29 anos de idade, contabilizando entre 1999 e 2005 52,4% do total, o que corresponde a 53 mulheres; segundo o estado civil observou-se no mesmo período maior percentual (66,3%) em solteiras, num total de 67 mulheres; de acordo com os anos de escolaridade observou-se que o maior percentual ocorreu em mulheres com 8 a 11 anos de estudo, num total de 32,6% o que corresponde a 33 mulheres; segundo a cor da pele foi observado maior percentual em mulheres de cor parda, totalizando no período 57 mulheres, o que corresponde a 56,4%.

Verificou-se que dentre as causas de morte materna, a maior parte (23,7%) corresponde a uma das seguintes, que são classificadas em um único grupo: Edema, Proteinúria e Transtornos Hipertensivos na Gravidez, parto e Puerpério. As Complicações do trabalho de parto e do parto vêm em segundo lugar com um percentual de 13,8%.

## DISCUSSÃO

Enquanto a OMS<sup>4</sup> preconiza uma razão de mortalidade materna de até 20/100 mil nascidos vivos, São Luís apresentou valores maiores que 50, chegando a 134,55 no ano de 2005.

Em Recife, segundo Costa et al.<sup>5</sup> quase um terço das mortes maternas não seriam corretamente identificadas utilizando-se apenas os dados oficiais. Laurenti, et al.<sup>15</sup> recomendam como forma de correção da razão de mortalidade materna oficial sua multiplicação por 2,24, como fator de ajuste para tentar minimizar a subnotificação dos dados. Considerando este fator de ajuste, a razão de mortalidade materna em São Luís que é de 74,31 (entre os anos de 1999 a 2005), passaria para 166,45/100 mil nascidos vivos.

Um estudo em um grande Hospital de São Paulo revelou uma razão de mortalidade materna de 212,9/100000 nascidos vivos no período de 1993 a 2002 e realizou ainda uma comparação com o período de 1983 a 1992 em que a razão de mortalidade materna foi de 422,0/100000 nascidos vivos. Isso mostra uma redução, porém permanece em níveis altos<sup>3</sup>.

Outro fato relevante é que as mortes maternas tardias não são incluídas na razão da mortalidade materna, fazendo com que os números apresentados sejam apenas um indicio de um problema muito maior. No Brasil, diversos estudos<sup>2,5,9,11,16</sup> têm evidenciado elevado sub-registro dos óbitos maternos variando de 30 a 40%<sup>17</sup>. Por diversas vezes a presença de gravidez não é mencionada nas declarações de óbito, ocultando assim ser esta uma mortalidade materna.

Tanaka e Mitsuiki<sup>18</sup>, observaram em São Paulo que 10,7% das mortes decorrentes de fatores gestacionais ocorreram 42 dias após o parto. Segundo Rezende, et al.<sup>10</sup> no cálculo da razão da mortalidade materna deve-se incluir os óbitos ocorridas até um ano após o término da gestação.

Entre os anos de 2004 e 2005 em São Luís houve um aumento da razão da mortalidade materna de 82 para 134,55/100 mil nascidos vivos, respectivamente. Este fato sugere uma melhoria na qualidade da informação dos óbitos semelhantes aos encontrados por Theme-Filha et al.<sup>19</sup> no Rio de Janeiro,

uma vez que atribuir tal aumento a um real incremento no número de mortes maternas significa dizer que a mortalidade materna em São Luís vem crescendo em proporções gritantes.

Admite-se que estas grandes diferenças entre dois anos consecutivos sejam resultados de um melhor registro dos óbitos, aumentando por conseguinte a razão da mortalidade materna, como aquela observada por Albuquerque e cols na cidade de Recife durante os anos de 1992 e 1993<sup>9</sup>.

Quanto à faixa etária, predominaram os óbitos entre 20 a 29 anos, corroborando com Albuquerque et al.<sup>9</sup>, que encontraram mortes por complicações da gravidez como a segunda causa de óbitos nesta faixa etária em Recife. Evidencia-se uma maior mortalidade na faixa etária de maior probabilidade de gestar e não nos extremos da vida reprodutiva, época sabidamente de maior morbi-mortalidade.

Apesar disso, a razão da mortalidade materna em alguns trabalhos, apontam esta faixa etária como a de menor frequência, pelo fato dos maiores índices de natalidade também se apresentarem nesta faixa<sup>15, 16</sup>.

O maior percentual de mortalidade materna entre as mulheres solteiras, o que pode ser reflexo da falta de planejamento familiar ou ainda de uma desestruturação da família. Além disso, com o início precoce da atividade sexual, dissociada do casamento e a participação da mulher como provedora da família, contribuíram para um aumento do número gravidezes em mulheres solteiras, o que também reflete no aumento de óbitos maternos em mães solteiras.

O fato de ser casada pode ser condicionante de uma menor mortalidade materna na medida em que significa apoio, companheirismo familiar e segurança financeira. Além disso, a ausência de um companheiro, segundo Coimbra, et al.<sup>18</sup> é um dos fatores associados a piores índices de adequação do pré-natal.

Encontrou-se maior frequência de mulheres com menor escolaridade e de cor parda, prevalecendo em todos os anos, refletindo a distribuição da população ludovicense o que vem corroborar com resultados de Costa, et al.<sup>5</sup> em Recife demonstrando a nossa similitude sócio-geográfica.

**Tabela 2** – Distribuição dos óbitos maternos de acordo com as variáveis, em São Luís (1999 - 2005).

Variáveis	1999 n (%)	2000 n (%)	2001 n (%)	2002 n (%)	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	Total n (%)
<b>Idade</b>								
10-14	0	0	0	0	0	0	0	0
15-19	2 (20,0)	1 (8,3)	2 (11,1)	0	0	1 (6,6)	6 (25,0)	11 (10,8)
20-29	4 (40,0)	9 (75,0)	8 (47,0)	9 (64,2)	6 (66,6)	6 (40,0)	11 (45,8)	53 (52,4)
30-39	4 (40,0)	1 (8,3)	5 (29,4)	5 (35,7)	2 (22,2)	7 (46,6)	7 (29,1)	31(30,6)
40-49	0	1 (8,3)	2 (11,1)	0	1 (11,1)	1 (6,6)	0	5 (4,9)
<b>Estado civil</b>								
Solteira	3 (30,0)	7 (58,3)	12 (70,5)	11 (78,5)	7 (77,7)	10 (66,6)	17 (70,8)	67 (66,3)
Casada	5 (50,0)	2 (16,6)	1 (12,8)	1 (7,1)	1 (11,1)	2 (13,3)	5 (20,8)	17 (16,8)
Outros	2 (20,0)	2 (16,6)	3 (17,6)	1 (7,1)	1 (11,1)	0	2 (8,3)	11 (10,8)
Ignorado	0	1 (8,3)	1 (5,8)	1 (7,1)	0	3 (20,0)	0	6 (5,9)
Solteira	3 (30,0)	7 (58,3)	12 (70,5)	11 (78,5)	7 (77,7)	10 (66,6)	17 (70,8)	67 (66,3)
<b>Escolaridade (anos)</b>								
0	2 (20,0)	0	1 (5,8)	0	0	2 (13,3)	0	5 (4,9)
1-3	1(8,3)	4 (33,3)	5 (29,4)	0	2 (22,2)	1 (6,6)	1 (4,1)	14 (13,8)
4-7	1(8,3)	3 (25,0)	3 (17,6)	3 (21,4)	1 (11,1)	4 (26,6)	5 (20,8)	20 (19,8)
8-11	5(50,0)	1 (8,3)	4 (23,5)	4 (28,5)	2 (22,2)	5 (26,0)	12 (50,0)	33 (32,6)
>12	0	0	1 (5,8)	2 (14,2)	2 (22,2)	1 (1,6)	5 (20,8)	11 (10,8)
Ignorado	1(10,0)	4 (33,3)	3 (17,6)	5 (35,7)	2 (22,2)	2 (6,6)	1 (4,1)	18 (17,8)
<b>Cor</b>								
Branca	2 (20,0)	1 (8,3)	3 (17,6)	2 (14,2)	1 (11,1)	3 (20,0)	6 (25,0)	18 (17,8)
Preta	1 (10,0)	1 (8,3)	6 (35,2)	3 (21,4)	2 (22,2)	4 (33,3)	4 (16,6)	21(20,7)
Amarela	0	1 (8,3)	0	0	0	0	0	1 (0,09)
Parda	6 (60,0)	7 (58,3)	8 (47,0)	9 (64,2)	6 (66,6)	8 (66,6)	13 (54,1)	57 (56,4)
Ignorado	1 (10,0)	2 (16,6)	0	0	0	0	1 (4,1)	4 (3,9)
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>101</b>

O baixo nível de escolaridade é um fator de risco para a mortalidade materna pois intervém negativamente na adesão as orientações pré-natais e é demonstrado no relato de problemas relacionados ao ciclo gravídico-puerperal<sup>19</sup>. Quanto á cor, é difícil precisar aquela relacionada a um maior risco para a mortalidade materna, devido à intensa miscigenação observada na população brasileira. Apesar disso, em um estudo realizado no Estado de São Paulo, os dados colocam a mortalidade relacionada à gravidez e ao parto como a quarta maior causa de óbitos na população parda. Enquanto isso, na população preta e branca, tal causa foi a quinta e a sexta maior, respectivamente<sup>20</sup>.

Quanto às principais causas de óbito, São Luís não foi diferente da maioria das capitais brasileiras<sup>5,10,12</sup>. Apresentou dentre as causas diretas as hipertensivas como a mais freqüente. Enquanto nos países desenvolvidos são as causas obstétricas indiretas as que mais levam ao óbito<sup>7</sup>. No Brasil apesar

de 90% dos partos serem hospitalares a mortalidade é de causa direta colidindo com teoricamente uma melhor assistência a ser recebida nestes ambientes. Tal problemática poderia ser perfeitamente evitada com uma melhoria na qualidade da assistência prestada à gestante no parto e puerpério<sup>5</sup>.

Coimbra, et al.<sup>13</sup> afirmam que o pré-natal em São Luis apresenta baixa cobertura, início tardio e reduzido número de consultas, assim como baixíssimo percentual de mulheres atendidas pelo mesmo profissional médico durante a gravidez e o parto.

Neste trabalho, o predomínio de causas hipertensivas como principais motivos de óbito materno leva a questionar-se a qualidade da assistência ao pré-natal em São Luís; afinal, tais causas, podem ser identificadas no pré-natal, instituído o tratamento com seguimento criterioso evitando-se o óbito. Um estudo realizado na cidade de São Paulo demonstrou que as complicações da hipertensão arterial no ciclo gravídico-puerperal determinam altos índices

**Tabela 3** – Distribuição das causas de mortes maternas segundo grupo CID10 em São Luis (1999 – 2005).

Classificação das mortes maternas	1999 n (%)	2000 n (%)	2001 n (%)	2002 n (%)	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	Total
Doença pelo vírus da imunodeficiência adquirida	1 (10,0)	1 (8,3)	2 (11,1)	0	0	0	0	4 (3,9)
Síndrome comportamental associada à disfunção fisiológica e/ou outros fatores	0	0	0	0	0	0	1 (4,1)	1 (0,9)
Gravidez que termina em aborto	1 (10,0)	1 (8,3)	2 (11,1)	1 (6,6)	3 (33,3)	3 (20,0)	2 (8,3)	13 (12,8)
Transtornos hipertensivos na gravidez, parto e puerpério	1 (10,0)	4 (33,3)	2 (11,1)	5 (33,3)	2 (22,2)	2 (13,2)	8 (33,3)	24 (23,7)
Outros transtornos relacionados com a gravidez	0	0	1 (5,5)	1 (6,6)	0	0	1 (4,1)	3 (12,5)
Assistência Prestada à Mãe por Motivos Ligados ao feto e à cavidade Amniótica e por Possíveis Problemas Relativos ao Parto	2 (20,0)	2 (16,6)	1 (5,5)	3 (20,0)	1 (11,1)	3 (20,0)	1 (4,1)	13 (12,8)
Complicações do Trabalho de Parto e do Parto	1 (10,0)	4 (33,3)	2 (11,1)	2 (13,2)	1 (11,1)	2 (13,2)	2 (8,3)	14 (13,8)
Complicações relacionadas predominantemente com o Puerpério	3 (30,0)	0	5 (27,5)	0	0	1 (6,6)	2 (8,3)	11 (10,8)
Outras afecções obstétricas Não Classificadas em Outra Parte	1 (10,0)	0	2 (11,1)	2 (13,2)	2 (22,2)	4 (16,4)	7 (29,1)	18 (17,8)
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>15</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>24</b>	<b>101</b>

de mortalidade materna e que a realização de um pré-natal de qualidade e o atendimento apropriado da gestante hipertensa no parto e no pós-parto são medidas de fundamental importância para um melhor controle desse evento, sendo primordial para a redução dessas ocorrências.

Com base em outros estudos<sup>16,18</sup>, os óbitos ocorridos por “outras causas diretas” variam de 3,5 a 10,3%, em São Luís o percentual de 23,4, nos remete a pensar sobre o preenchimento adequado ou não das DO.

Neste trabalho a razão de mortalidade materna encontrada em São Luís apontou valores elevados motivados na maioria das vezes, por causas evitáveis com uma adequada assistência pré-natal, parto e

puerpério. O estabelecimento dos fatores de risco como multiparidade, idades extremas, baixa estatura, história prévia de complicações gestacionais e doenças crônicas, além de más condições de vida e baixa escolaridade devem alertar para um acompanhamento pré-natal criterioso, visando a redução e controle dos óbitos maternos.

Torna-se, portanto imprescindível que os gestores de saúde se sensibilizem e implementem políticas públicas voltadas a estimular a frequência e o acesso das gestantes aos serviços de saúde, oferecendo o planejamento familiar desde o puerpério, não deixando de assegurar ações educativas para a população e educação continuada aos profissionais envolvidos.

## REFERÊNCIAS

- Ramos JGL, Costa SM, Struczynski JV, Brietzke E. Morte materna em hospital terciário do Rio Grande do Sul: um estudo de 20 anos. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2003; 25: 431-36.
- Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb, SLD. Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna. *CAD Saúde Pública*, 2000; 16: 23-30.
- Pérez Cynthia Diez. Avaliação da mortalidade materna (1993-2002) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. *Rev Brás Ginecol Obstet*, 2007; 29(3): 166-167.
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação Estatística Internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde: manual de instruções*. 10. Ed. Ver. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
- Costa AAR, Ribas MSSS, Amorim MMR, Santos LC. Mortalidade materna na cidade de Recife. *Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 2002; 24: 455-62.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Rede Integrada de Informação em Saúde (RIPSA). Indicadores e dados básicos - Brasília, 2000* [capturado 2006 jun 20]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
- World Health Organization/ United Nations International Children's Emergency Fund - WHO/UNICEF 1996. *Revised 1990 estimates of Maternal Mortality. A new approach by WHO and UNICEF. WHO/ FRH /MSM 96.11. UNICEF/ PZN / 96.1*. Geneva: WHO/UNICEF.
- Massachs GP. *Mortalidade Materna em Salvador em 1993* [dissertação]. Salvador(BA):Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 1995.
- Albuquerque, RM, Cecatti JG, Hardy E, Faúndes A. Mortalidade materna em Recife. Avaliação da subenumeração de estatísticas oficiais. *Cad Saúde Pública*, 1997; 13: 59-65.
- Rodrigues AV, Siqueira AAF. Uma análise da implantação dos comitês de estudos de morte materna no Brasil: um estudo de caso do Comitê do Estado de São Paulo. *CAD Saúde Pública*, 1997 Rio de Janeiro; 19(1): 183-89.
- Rezende CHA, Moreli D, Rezende, Irina MAA. Mortalidade Materna em cidade de médio porte: Brasil, 1997. *Rev Saúde Pública*, 2000; 34: 323-28.
- Barbalho E. *Relato CPI: mortalidade materna*. Brasília, 2001 [capturado 2006 jan 2]. Disponível em: [http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/cpi/CPIMortalidade\\_Matern.htm](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/cpi/CPIMortalidade_Matern.htm).
- Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves TSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF et al. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*, 2003; 37(4): 456-62.
- Menezes DCS, Leite IC, Schramm JMA, Leal MC. Avaliação da Peregrinação anteparto numa amostra de puérperas no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999/2001. *Rev Saúde Pública*, 2006; 22(23): 553-59.
- Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb, SLD . A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um

- fator de ajuste. *Rev Bras Epidemiol*, 2004; 7: 449-60.
16. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPISA. Indicadores e dados básicos. Brasil; 2002 [capturado 2006 jun 20]. Disponível em <http://www.datasus.gov.br>.
17. Haddad N, Silva MB. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. *Rev Saúde Pública*, 2002; 34: 64-70.
18. Tanaka ACA, Mitsui L. *Estudo da Magnitude da mortalidade materna em 15 cidades brasileiras*. São Paulo; 1999 [capturado 2006 fev 15]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sps/doc/trabalho-unicef.zip>.
19. Theme-Filha MM, Silva RI, Noronha CP. Mortalidade materna no município do Rio de Janeiro, 1993-1996. *Cad Saúde Pública*, 1999; 15: 397-403.
20. Siqueira AAF, Tanaka AÇA, Santana RM, Almeida PAM. Mortalidade materna no Brasil, 1980. *Rev Saúde Pública*, 1984; 18: 448-65.

### Instruções aos colaboradores

A Revista do Hospital Universitário - UFMA, órgão oficial do Hospital Universitário é publicada semestralmente, e se propõe à divulgação de artigos concernentes à área da saúde que contribuam para o seu ensino e desenvolvimento.

A Revista do Hospital Universitário - UFMA passa a seguir o "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Bio Medical Periodical Journals" elaborado pelo "International Committee of Medical Journal Editors" (ICMJE), conhecido como "Convenção de Vancouver". É utilizada a 5ª Edição de 1997 publicada no New Engl J Med, 1997, 336(4): 309-315.

Os originais dos artigos deverão ser entregues na Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão, localizada no 4º andar da Unidade Presidente Dutra (HUUPD) - Rua Barão de Itapary, 227 - Centro. CEP.: 65020-070, São Luís-MA. Brasil. Telefone para contato: (98) 2109-1242, e-mail: revista@huufma.br

### Informações gerais

Os artigos apresentados para publicação devem ser inéditos, impressos em computador, espaço duplo, papel branco nos formatos de 210 mm x 297 mm ou A4, em páginas separadas, devidamente numeradas e com margens de 2,5 cm acompanhadas de disquete contendo o respectivo material, digitados no programa Word for Windows 6.0 ou o mais recente, letra arial, tamanho 12. O(s) autor(es) deverá(o) enviar duas cópias do trabalho (inclusive das ilustrações) ao editor chefe da revista acompanhadas de carta assinada pelo autor e todos os co-autores autorizando a publicação. Se houver dúvida, o autor deverá consultar diretamente o editor chefe.

### Forma e estilo

Os artigos devem ser concisos e redigidos em português no máximo em 15 páginas. As abreviações devem ser limitadas aos termos mencionados repetitivamente, desde que não alterem o entendimento do texto, e devem ser definidas a partir da sua primeira utilização. Cada parte do artigo deve ser impressa em páginas separadas na seguinte ordem: **1) Página de Títulos; 2) Resumo e Descritores; 3) Texto; 4) Abstract e Key words; 5) Referências; 6) Endereço completo do autor e e-mail, para a correspondência; 7) Ilustrações e legendas; 8) Tabelas; 9) Outras informações.**

### Categoria dos artigos

**Artigo Original:** Deve ser constituído de **Resumo**, **Abstract**, **Introdução**, **Método**, **Resultados**, **Discussão** e **Referências**. Recomenda-se cuidadosa seleção das referências, limitando-se em cerca de vinte permitindo-se um máximo de seis autores.

**Artigo de Atualização e Revisão:** Deve ser publicação de matéria de grande interesse da comunidade científica. O formato é semelhante ao artigo original (**Resumo**, **Abstract**, **Introdução**, **Conclusão**). Número de autor: dois.

**Relato de Caso:** Deve ser restrito a casos relevantes que necessitem de divulgação científica.

**Nota Prévia:** Observação clínica original, ou descrição de inovações técnicas, apresentadas de maneira

breve, não excedendo a quinhentas palavras, cinco referências e duas ilustrações.

### Organização dos artigos

**A) Página de Título:** O título deve ser redigido em português e em inglês. Deve conter o máximo de informação e o mínimo de palavras. Não deve conter fórmulas, abreviações e interrogações. Deve ser acompanhado do(s) nome(s) completo(s) do autor(es) seguido de seus títulos profissionais e do nome da Instituição onde o trabalho foi realizado. Para Artigos Originais admite-se até seis autores e, nos Relatos de Casos e Notas Prévias, apenas três.

**B) Resumo:** Deve conter no máximo duzentos e cinquenta palavras, em caso de Artigo Original e de Atualização e, cem para Relato de Caso e Nota Prévia. Deve ser informativo, contendo o objetivo, os procedimentos, os resultados com sua significância estatística e as conclusões.

Deve ser compreensível, evitando-se informações vagas e que não estejam no texto, para poderem ser utilizadas amplamente deve conter:

1. Objetivo: com o propósito do trabalho
2. Método: descrição do material dos pacientes e do método.
3. Resultados: descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível com significado.
4. Conclusões.

**C) Descritores:** De acordo com a lista do Index Medicus. Podendo ser citados até 3 (Três).

**D) Abstract:** Deverá ser estruturado da seguinte maneira:

1. Background: O propósito do trabalho ou investigação.
2. Methods: Descrição do material e método.
3. Results: Descrição dos achados principais com dados estatísticos, se possível seu significado.
4. Conclusions:
5. Keywords: De acordo com o Index Medicus.

**E) Introdução:** Deve indicar o objetivo do trabalho e a hipótese formulada. Informações que situem o problema na literatura e suscitem o interesse do leitor podem ser mencionadas. Devem-se evitar extensas revisões bibliográficas, histórico, bases anatômicas e excesso de nomes de autores.

**F) Ética:** Toda pesquisa que envolve seres humanos e animais deve ter aprovação prévia da Comissão de Ética em Pesquisa, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsinki e as Normas Internacionais de Proteção aos Animais e a resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O artigo deve ser encaminhado juntamente com o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**G) Métodos:** (inclui o item antes denominado pacientes ou material e método). O texto deve ser preciso, mas breve, evitando-se extensas descrições de procedimentos usuais. É necessário identificar precisamente todas as drogas, aparelhos, fios, substâncias químicas, métodos de dosagem, etc., mas não se deve utilizar nomes comerciais, nomes ou iniciais de pacientes, nem seus

números de registro no Hospital. A descrição do método deve possibilitar a reprodução dos mesmos por outros autores.

H) **Resultados:** Devem ser apresentados em seqüência lógica no texto, e exclusivamente neste item, de maneira concisa, fazendo, quando necessário, referências apropriadas a tabelas que sintetizem achados experimentais ou figuras que ilustrem pontos importantes. Não fazer comentários nesta sessão reservando-os para o capítulo Discussão.

I) **Discussão:** Deve incluir os principais achados, a validade e o significado do trabalho, correlacionando-o com outras publicações sobre o assunto. Deve ser clara e sucinta evitando-se extensa revisão da literatura, bem como hipóteses e generalizações sem suporte nos dados obtidos no trabalho. Neste item devem ser incluídas as conclusões do trabalho.

J) **Referências:** Devem ser no máximo de 20 e predominantemente de trabalhos publicados nos cinco últimos anos, restringindo-se aos trabalhos referidos no texto, em ordem de citação, numeradas consecutivamente e apresentadas conforme as Normas do Index Medicus. As citações devem ser referidas no texto pelos respectivos números, acima da palavra correspondente sem vírgula e sem parêntese. Observações não publicadas ou referências a "Summaries" de Congressos e comunicações pessoais devem ser citadas no texto, entre parênteses. Ex.: (Attie AD, et al: Hepatology, 1981, 1:492, Summary). Mencionar todos os autores, quando até três, citando apenas os três primeiros, seguidas de et al., quando existirem mais de três autores. **Exemplos de formas de referências:**

1. **em Revista:** Autor. Título do artigo. Título da Revista. Ano mês dia; volume (número): páginas. Jordan PH, Thonby J. Twenty years after parietal cell vagotomy antrectomy for treatment of duodenal ulcer. *Ann Surg*, 1994; 220(3): 283-296.
2. **em Livro:** Autor. Título. Edição. Local de Publicação: Editora; data da publicação. Bogossian L. *Choque séptico*: recentes avanços de fisiopatologia e do tratamento. Rio de Janeiro: Atheneu; 1992.
3. **em Capítulo de Livro:** Autor do capítulo. Título do capítulo. In: Autor do livro. Título do livro. Edição. Local de publicação: Editora; data de publicação. páginas. Barroso FL, Souza JAG. *Perfurações pépticas gástricas e duodenais*. In Barroso FL, Vieira OM, editores. *Abdome agudo não traumático: Novas propostas*. 2.ed. Rio de Janeiro: Robe; 1995. p. 201-220.
4. **em Monografia, Dissertação e Tese:** Autor. Título [Dissertação]. Local (Estado): Universidade; Ano. páginas. Chinelli A. *Colecistectomia laparoscópica*: estudo de 35 casos. [Dissertação]. Niterói(RJ): Universidade Federal Fluminense; 1992. 71 p.
5. **em Material eletrônico:**

A) Artigo: Autor. Título do artigo. Título do periódico [Tipo de material] Ano Mês [capturado ano mês dia]; volume (número); [número de telas] Disponível em: endereço eletrônico. Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg infect diseases* [serial online] 1995 Jan/mar [capturado 1996 jun 5]; 2 (2): [24 telas] Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

B) Arquivo de Computador: Título [tipo de arquivo].

Versão. Local (Estado) Editora; ano. Descrição física. Hemodynamics III: The ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2 Orlando (FL): Computereid Educational Systems; 1993.

C) Monografia em formato eletrônico: Título [tipo de material], Responsável. Editor. Edição. Versão. Local: Editora; ano: CDI, Clinical dermatology illustrated [monograph on CD-ROM]. Reeves JTR, Mailbach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2<sup>nd</sup> ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1965.

**Notas:** Todas as notas do título, dos autores ou do texto devem ser indicadas por algarismos arábicos, e ser impressas em páginas separadas.

### Tabelas

Devem ser numeradas com algarismos arábicos encabeçadas por suas legendas e explicações dos símbolos no rodapé e digitadas separadamente, uma por página. Cite as tabelas no texto em ordem numérica incluindo apenas dados necessários à compreensão de pontos importantes do texto. Os dados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos. A montagem das tabelas deve seguir as Normas de Apresentação Tabular, estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatísticas (Rev. Bras. Est., 24: 42-60, 1963. As tabelas deverão ser elaboradas no programa Microsoft Word.

### Ilustrações

São fotografias, gráficos, desenhos, etc., que não devem ser escaneadas e de preferência em preto e branco, medindo 127mm x 178mm. As ilustrações, em branco e preto serão reproduzidas sem ônus para o(s) autor(es), mas lembramos que devido o seu alto custo para a Revista, devem ser limitadas a seis (6) para artigos originais e três (3) para relatos de casos, e utilizadas quando estritamente necessárias. Todas as figuras devem ser referidas no texto, sendo numeradas consecutivamente por algarismo arábico. Cada figura deve ser acompanhada de uma legenda que a torne inteligível sem referencia ao texto. Deve ser identificada no verso, através de uma etiqueta, com o nome do autor, número e orientação da mesma. Os desenhos e gráficos podem ser feitos em papel vegetal com tinta nanquim, sendo as letras desenhadas com normógrafo ou sob forma de letra "set" montadas, ou ainda, utilizando impressora jato de tinta ou laser, com boa qualidade, e nunca manuscritas.

