

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – UFRGS**  
**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**  
**PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

**PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NA ALTA  
COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA/NEUROLOGIA DO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL**

**LUANA ALVES FIGUEIRÓ**

**Novo Hamburgo**

**Junho de 2015**

**LUANA ALVES FIGUEIRÓ**

**PRODUÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NA ALTA  
COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA/NEUROLOGIA DO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão apresentado como requisito parcial  
ao Curso de Especialização de Gestão em Saúde,  
modalidade a distância, no âmbito do Programa Nacional  
de Formação em Administração Pública (PNAP) - Escola  
de Administração / Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul - Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Orientadora Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>. Mariza Machado Kluck

Tutora orientadora a distância: Camila Guaranha.

**Novo Hamburgo**

**Junho de 2015**

## Sumário

1 INTRODUÇÃO .....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 REFERENCIAL TEÓRICO .....	10
3.1. Avaliação: conceitos e definições .....	10
3.2. A avaliação para a tomada de decisão.....	10
3.3. Avaliação em saúde no âmbito do SUS .....	11
3.4. Política Nacional De Atenção ao Portador de Doença Neurológica.....	12
3.5. O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 e as Regiões de Saúde .....	13
4 OBJETIVOS.....	15
4.1. Objetivo geral.....	15
4.2. Objetivos específicos.....	15
5 MÉTODOS.....	16
6 RESULTADOS / DISCUSSÃO .....	17
6.1. Consultas com médico Neurologista e/ou Neurocirurgião .....	17
6.2. Exames (eletroencefalogramas, eletroneuromiografia e ecodoppler arterial).....	18
6.3. Procedimentos de Alta Complexidade em Neurocirurgia/Neurologia.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	25
REFERÊNCIAS .....	28

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Mapa das Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul .....	14
FIGURA 2 - Distribuição dos serviços de Alta Complexidade de Atenção ao Paciente Neurológico no RS .....	14

## LISTA DE QUADROS

TABELA1 – Quantitativo de procedimentos obrigatórios a serem realizados pelas Unidades de Alta Complexidade em Neurocirurgia/Neurologia .....	17
TABELA 2 – Percentual de consultas realizadas no período .....	18
TABELA 3 - Percentual de exames eletroencefalogramas realizados no período .....	20
TABELA 4 - Percentual de exames de eletroneuromiografia realizados no período.....	21
TABELA 5 - Percentual de exames ecodoppler realizados no período.....	22
TABELA 6 - Descrição da subdivisão dos procedimentos de AC em Neurocirurgia/Neurologia .....	23
TABELA 7 - Procedimentos de Alta Complexidade produzidos no período.....	24
TABELA 8 - Comportamento dos hospitais habilitados em Alta Complexidade em Neurocirurgia/Neurologia no RS no período de 2009-2013.....	25

## **SIGLAS**

AC - Alta Complexidade

ASSTEPLAN - Assessoria Técnica de Planejamento da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

CF - Constituição Federal

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

GM - Gabinete do Ministro

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SI - Sistema de Informação

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

TABWIN - Tab para Windows

## RESUMO

O presente trabalho objetiva descrever a produção assistencial dos serviços de Neurocirurgia e/ou Neurologia do estado do Rio Grande do Sul no período de 2009 a 2013, atendendo uma prerrogativa da Portaria GM/MS nº 756/2005, que define as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade. Como objetivos específicos, descrever a produção física dos serviços de Neurocirurgia de alta complexidade, identificar o percentual de unidades de alta complexidade que atingiram os percentuais mínimos estipulados na execução dos procedimentos e apontar os procedimentos previstos na Portaria que necessitam de monitoramento do gestor estadual. Foram empregados dados secundários oriundos dos Sistemas de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e Hospitalar (SIH/SUS) do Sistema Único de Saúde. Os resultados, quanto aos 20 hospitais habilitados, foram: (a) 40% do total dos hospitais produziram menos de 50% do quantitativo de consultas estabelecidas para os 5 anos estudados; (b) 2 serviços não realizaram nenhum exame eletroencefalograma e eletroneuromiografia no período e, considerando os totais programados na Portaria, encontrou-se uma produção de 34,3% do preconizado para eletroencefalogramas, 76% para eletroneuromiografias e 78,7% para exames de Ecodoppler Arterial; (c) foram realizados 11.678 procedimentos de alta complexidade, ou 77% do estimado. Assim, descreveu-se o cenário da produção assistencial dos serviços de Neurocirurgia e/ou Neurologia do RS e, de acordo com os resultados, há grandes vazios assistenciais, pois através da descrição da produção física foi possível identificar os percentuais alcançados por cada um dos serviços e, desse modo, apontar que todos os procedimentos previstos na Portaria precisam de monitoramento pelo gestor.

**Palavras-Chave:** Gestão em Saúde, Neurocirurgia, Neurologia, Assistência à Saúde, Atenção Secundária à Saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

A Neurologia é a especialidade médica que cuida de doenças do cérebro, medula espinhal, nervos periféricos e músculos e, portanto, é a especialidade que se dedica ao estudo e tratamento dos problemas relacionados ao sistema nervoso. Para dar conta das demandas por atendimento aos usuários acometidos por essas enfermidades, faz-se necessária a adoção de políticas públicas de saúde que contemplem ações de prevenção e recuperação dos pacientes que sofrem dessas doenças.

Conforme Rozenfeld (2000), a formulação e monitoramento de políticas públicas é uma das funções do poder público, garantida mediante legislações que regulamentem as assistências, as práticas assistenciais, as abrangências dos serviços, o monitoramento, o controle e a avaliação da assistência prestada.

No ano de 2005, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica. A partir daí, os Estados brasileiros começaram a trabalhar na reorganização da assistência a esse tipo de enfermidade. As unidades de saúde que prestam assistência a esse tipo de especialidade tiveram de se adequar às novas regras do sistema, comprometendo-se junto ao Gestor Público de competência e sob regulação de acesso do mesmo, a oferecer determinados serviços ao usuário.

Desde então, o estado do Rio Grande do Sul (RS) organiza-se para adequar a Rede Estadual de Alta Complexidade (AC) em Neurocirurgia e/ou Neurologia. Em 2014, o RS contava com treze unidades de Neurocirurgia e sete centros de Neurologia. Os serviços ora habilitados nunca passaram por avaliação do gestor, conforme preconizado na Portaria GM/MS nº 756 de 27 de dezembro de 2005.

Diante desse quadro, o presente trabalho buscou identificar o cenário atual da assistência em Neurocirurgia/Neurologia no RS, abordando os dados dos serviços habilitados no período compreendido entre os anos de 2009 e 2013<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> A escolha desse período ocorre em função dos dados (últimos cinco anos) disponíveis no Tabwin.



## 2 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a principal normativa de saúde pública é a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS). Em consonância com a Constituição Federal (CF), essa lei traz no seu art.7º os princípios e diretrizes do SUS como a integralidade da assistência, a universalidade e a regionalização e hierarquização da rede de serviços, dentre outros.

O Ministério da Saúde (MS) publicou em julho de 2005 a Portaria GM/MS nº 1161 que instituiu a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica, a qual objetivava reorganizar os serviços (muitos dos quais já prestavam assistência a essa especialidade antes mesmo da criação do SUS), bem como estabelecer critérios para inclusão de novos. No mês de dezembro do mesmo ano, o MS publicou a Portaria nº 756, que definiu as redes estaduais de assistência ao paciente Neurológico na Alta Complexidade, definindo critérios e parâmetros para tais habilitações.

No Rio Grande do Sul (RS), estão habilitados 13 serviços de Neurocirurgia e 7 centros de Neurologia, assim chamados os serviços que prestam atendimento em todos os itens de que trata o artigo 4º da Portaria 756/2005. Conforme essa mesma Portaria, está prevista a avaliação do volume de prestação dos serviços, que tem por objetivo verificar o alcance mínimo dos procedimentos para fins de continuidade ou não da manutenção da habilitação.

Diante desse contexto, e com a reorganização das regiões de saúde do Estado do RS, a partir da publicação do Decreto 7.508/11 e da Resolução CIB/RS nº 555/12, faz-se necessário um olhar sobre os serviços, hoje, habilitados em Neurocirurgia/Neurologia no Estado para que o Gestor Estadual avalie seus prestadores quanto à oferta de serviços disponibilizada aos usuários do SUS.

Para tal, foi realizado um levantamento junto aos Sistemas de Informações do Ministério da Saúde (MS) para auferir os quantitativos de produção de cada um dos serviços habilitados em 2014, objetivando verificar o cumprimento das prerrogativas da Portaria nº 756/2005.

Esse levantamento se faz necessário uma vez que passados 9 anos do advento da Portaria (2005), o estado do RS nunca avaliou seus prestadores. Assim, esse estudo dará ao gestor do SUS subsídios para a tomada de decisão quanto à continuidade ou a necessidade de acompanhamento dessas unidades.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. Avaliação: conceitos e definições

Popham (1977) considera avaliação<sup>2</sup> como o ato de aferir, através de comparação, o resultado observado (dados de desempenho), com um padrão ou critério de aceitabilidade pretendido (dados desejados). Ou seja, para se avaliar algo tem que se ter um parâmetro pré-definido, no sentido de validar e qualificar os resultados obtidos. Já para Rodrigues (1982), avaliação é em si um procedimento de comparação entre situações, destinada a obter um juízo que permita expressar, com maior objetividade, a quantidade de mudanças que se deseja alcançar.

Segundo Calsing (1982), avaliação tem de ser aplicada nos vários momentos da administração com a finalidade de produzir informações capazes de confirmar ou modificar as próprias decisões dentro do planejamento, funcionando como dispositivos autorreguladores do sistema. É constituída de etapas que podem ser agrupadas nas ações de: medir, comparar e emitir juízo de valor.

No que tange às ações de medir e comparar da avaliação, essa proporciona uma retrospectiva da construção do planejamento, oportunizando ao gestor verificar se as metas estabelecidas são relevantes e se os critérios utilizados são válidos, estabelecendo uma comparação entre o momento de escolha das metas (planejamento) com a situação atual (avaliação).

#### 3.2. A avaliação para a tomada de decisão

A ferramenta *avaliação* possibilita ao gestor alavancar suas decisões com base em informações que lhe proporcionarão maior confiabilidade no processo decisório. Contandriopoulos *et al* (1997) formularam uma das definições mais simples e abrangentes. Segundo esses autores, a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de

---

<sup>2</sup>Segundo o dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, avaliação significa, “ato ou efeito de avaliar, apreciação, cômputo ou análise, determinação de valia ou valor de” (BUARQUE,2010).

decisões. Por conseguinte, a avaliação tem papel fundamental na tomada de decisão em todos os níveis da organização, sendo que na área da saúde esta deve ser realizada no contexto sistêmico, do todo.

Na área da saúde, no contexto de programas e serviços de saúde, é com base no juízo de valor emitido, a partir da avaliação, que será tomada a decisão. Com isso, pode-se surpreender o gestor, pois por mais que se trace um desenho avaliativo, a avaliação sempre surpreenderá nos seus resultados, visto que, além de dados quantitativos, lógicos, se consegue, também, identificar dados qualitativos que fazem parte da subjetividade dos atores envolvidos, e que quase nunca são percebidos pelo gestor.

### **3.3. Avaliação em saúde no âmbito do SUS**

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações da saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em que cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão nas três esferas governamentais, conforme a Lei Orgânica da Saúde N° 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Segundo essa Lei, em seu Art. 15, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as atribuições, dentre outras, de definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde.

O processo de construção e consolidação do SUS impõe o desenvolvimento de novos métodos de controle e avaliação que considerem, de um lado, o compromisso prévio com o resgate do interesse público e social e, de outro, a mudança da lógica atual. E este é o grande desafio a partir da concepção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A construção de instrumentos de avaliação, portanto, constitui um enorme desafio, pois avaliar vai além de acompanhar cronogramas, fazer inventários das ações realizadas e agir no imprevisto. Nesse contexto, é fundamental que se busque a mudança através de instrumentos de avaliação no cotidiano das ações, além de subsidiar o planejamento da gestão e enfocando as necessidades da população.

### 3.4. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica foi estabelecida através da Portaria GM/MS nº 1.161 de 07 de julho de 2005. Essa Política foi instituída com o objetivo de desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida, educação, proteção e recuperação da saúde e prevenção de danos, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a igualdade de indivíduos e coletividades. Também visa organizar uma linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) que perpassasse todos os níveis de atenção, em especial na alta complexidade, o qual consiste em garantir o acesso aos procedimentos neurológicos, neuro-intervencionistas e neurocirúrgicos e assegurar a qualidade do processo, visando alcançar impacto positivo na sobrevivência, na morbidade e na qualidade de vida e cuja assistência se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e de Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia.

Para operacionalizar tal Política, em dezembro de 2005, o MS expediu a Portaria GM/MS nº 756 de 27 de dezembro de 2005. Essa define que as Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade serão compostas por Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia e Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia.

Entende-se por **Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia** a unidade hospitalar que possua condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada a portadores de doenças neurológicas que necessitam ser submetidos a procedimentos neurointervencionistas e/ou neurocirúrgicos em alta complexidade. Já os **Centros de Referência de Alta Complexidade em Neurologia** são Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia que exerça o papel auxiliar, de caráter técnico, ao respectivo Gestor do SUS na Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica e que possua os seguintes atributos:

- I. 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;
- II. Definir base territorial de atuação, com um máximo de um centro de referência para cada 5 (cinco) milhões de habitantes;
- III. Participar de forma articulada e integrada com o sistema local e regional;

IV. Ter estrutura de pesquisa e ensino organizada, com programas e protocolos estabelecidos;

V. Possuir adequada estrutura gerencial, capaz de zelar pela eficiência, eficácia e efetividade das ações prestadas;

VI. Subsidiar as ações dos gestores na regulação, fiscalização, controle e avaliação, incluindo estudos de qualidade e estudos de custo-efetividade;

VII. Participar como polo de desenvolvimento profissional em parceria com o gestor.

Estão estabelecidas, também, as áreas em que as unidades prestarão serviços, as normas de classificação das unidades, os parâmetros a serem executados pelos serviços, dentre outros.

### **3.5. O Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011 e as Regiões de Saúde**

Em junho de 2011, foi expedido o Decreto 7.508 regulamentando a Lei nº8080/1990 para dispor sobre a organização do SUS. Assim, os seus capítulos tratam da Organização do SUS, do Planejamento da Saúde, da Assistência à Saúde e da Articulação Interfederativa.

Nesse estudo importa ressaltar, em especial, da nova composição da Organização do SUS através da criação das Regiões de Saúde. Desta forma, dentre as prerrogativas do Decreto está a instituição, pelo Estado, de novos espaços geográficos, agrupando municípios limítrofes – as Regiões de Saúde. Para a constituição dessas Regiões, os espaços devem conter um elenco mínimo de serviços na área de atenção primária, urgência emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. As Regiões serão referência para a distribuição dos serviços e alocação de recursos entre os entes federativos.

Para a constituição dessas Regiões no RS houve uma grande discussão nas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), nesta foi pactuado pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) a redistribuição do acesso (regionalização) e, por conseguinte, as novas Regiões de Saúde que foram referendadas na Comissão Intergestores Bipartite (Resolução CIB/RS nº 555/2012).

Assim, a nova configuração das Regiões de Saúde consta na Figura 01.

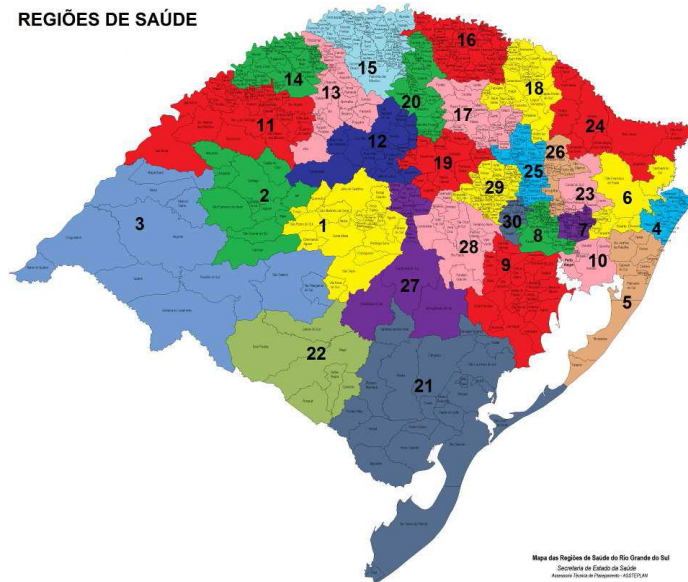


Figura 01 - Mapa das Regiões de Saúde do RS  
 Fonte: ASSTEPLAN, 2012

Em consonância com essa nova organização, está a distribuição dos serviços de Neurocirurgia/Neurologia, onde, conforme disposto na figura 2, pode-se observar vazios assistenciais em muitas das novas Regiões.

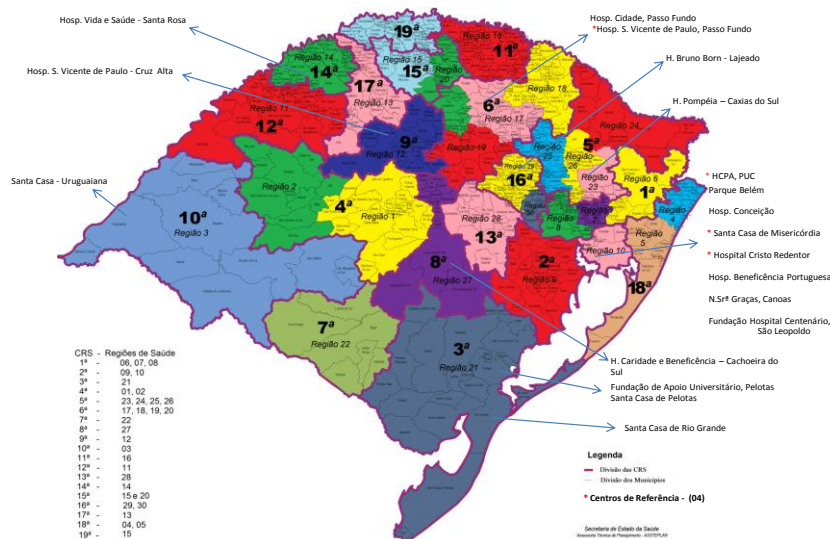


Figura 02 – Distribuição dos serviços de Alta Complexidade de Atenção ao Paciente Neurológico no RS  
 Fonte: DAHA, 2014

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1. Objetivo geral**

Descrever a produção assistencial dos serviços de Neurocirurgia e/ou Neurologia do RS no período de 2009 a 2013, atendendo à prerrogativas da Portaria GM/MS nº 756/2005 que define Redes Estaduais e/ou Regionais de Assistência ao Paciente Neurológico na Alta Complexidade.

### **4.2. Objetivos específicos**

4.2.1. Descrever a produção física dos serviços de Neurocirurgia de alta complexidade no Rio Grande do Sul no período estipulado.

4.2.2. Identificar o percentual de unidades de alta complexidade que atingiram os percentuais mínimos estipulados na execução dos procedimentos.

4.2.3. Apontar os procedimentos previstos na Portaria que necessitam de monitoramento do gestor estadual.

## 5 MÉTODOS

Tratou-se de um estudo observacional longitudinal. O estudo longitudinal é um método de pesquisa que visa analisar as variações nas características dos mesmos elementos amostrais (indivíduos, empresas, organizações, etc.) ao longo de um período de tempo. Além disso, os estudos longitudinais são tipicamente estudos observacionais, pois geralmente se limitam a observar os elementos amostrais sem manipular fatores que possam alterar as variáveis de interesse. Tratou-se, também, de coleta e análise de dados secundários, pois se utilizou dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do SUS.

A pesquisa foi realizada junto ao Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial (DAHA) da Secretaria Estadual de Saúde (SES) do RS, compreendendo o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, os últimos cinco anos fechados no sistema TAB para Windows (Tabwin) do DATASUS, quando da realização da coleta.

Na coleta de dados, utilizou-se o programa TabWin desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que permite às equipes técnicas do Ministério da Saúde (MS), das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas (BRASIL, 2014).

Para a análise, realizou-se uma tabulação dos dados por procedimentos e/ou forma de organização, verificando todos os locais de assistência habilitados no Estado. Foram utilizados os procedimentos indicados nas portarias, Para tal, foi considerado o quantitativo dos procedimentos apresentados pelas Unidades e aprovados no sistema oficial do MS, ou seja, aqueles que não foram glosados, no período de 2009 a 2013.

De posse dos dados, os mesmos foram transferidos a uma planilha eletrônica, onde foram calculadas as médias anuais realizadas pelas Unidades e elaboração de percentuais das metas alcançadas. Para a apresentação dos dados nas tabelas foram considerados dados de referência para os 5 anos, conforme descritos na tabela 1.

Essa pesquisa empregou dados secundários, sendo dispensada de aprovação por comitê de ética em pesquisa, segundo a Resolução 196/96.



## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2009 a 2013, 20 unidades estavam habilitadas em Alta Complexidade em Neurocirurgia/Neurologia no RS. A Portaria GM/MS nº 756/2005 estabelece um quantitativo mínimo de consultas, exames e procedimentos de alta complexidade, que independe se o serviço possui habilitação como Unidade ou como Centro de Alta Complexidade, conforme demonstrado no quadro abaixo:

**Tabela 1. Quantitativos mínimos a serem realizados pelas Unidades de Alta Complexidade**

Consultas			Exames			Procedimentos de Alta Complexidade		
Mês	Ano	5 Anos	Tipo	Mês	Ano	5 Anos	Ano	5 Anos
500	6.000	30.000	eletroencefalogramas	100	1200	6.000	150	750
			ecodoppler arterial	60	720	3.600		
			eletroneuromiografias	50	600	3.000		

Fonte: Portaria GM/MS nº 756/2005

Assim, face ao exposto, buscou-se conhecer a produção de todos os procedimentos exigidos na Portaria, ao longo dos 5 anos analisados nesse estudo. Deste modo, conforme dados levantados, encontrou-se:

### 6.1. Consultas com médico Neurologista e/ou Neurocirurgião

Considerando-se o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013, houve um acréscimo na oferta de consultas com médicos neurologistas, neurocirurgiões, neurologistas pediátricos e neurocirurgiões pediátricos nos serviços habilitados. No entanto, os números demonstram que a maioria não alcança as metas estabelecidas na Portaria, ficando assim distribuídas:

- 8 Hospitais (40% do total de hospitais habilitados) produziram menos de 50 % do quantitativo estabelecido para os 05 anos analisados, sendo que 02 destes produziram um total de 27%, o que corresponde em torno de 1.600 consultas por ano, face ao total de 6.000 almejados.

- 12 Hospitais ofereceram mais de 50 % do quantitativo de consultas exigidas para o período, sendo que 06 destes produziram mais de 6.000 consultas/ano, ressaltando-se que um destes ultrapassou em 400% a referência de 30.000 consultas preconizadas para o período, acentuando-se como referência para o atendimento de Neurocirurgia/Neurologia pediátrica.

**Tabela 2. Percentual de consultas realizadas considerando o quantitativo mínimo, no período de 2009-2013**

<b>Hospital</b>	<b>Consultas realizadas (Programadas=30.000)</b>	<b>Percentual de consultas realizadas no período</b>
A	27.196	90,7
B	13.886	46,3
C	11.985	40,0
D	15.953	53,2
E	15.972	53,2
F	10.163	33,9
G	10.777	35,9
H	8.331	27,8
I	8.191	27,3
J	10.180	33,9
L	86.192	287,3
M	27.716	92,4
N	30.276	100,9
O	9.120	30,4
P	16.700	55,7
Q	15.649	52,2
R	88.694	295,6
S	129.755	432,5
T	53.788	179,3
U	63.922	213,1

Fonte: SIA/SUS

## **6.2. Exames (eletroencefalogramas, eletroneuromiografia e ecodoppler arterial)**

A produção dos exames previstos na Portaria foi, de modo geral, abaixo dos percentuais mínimos estipulados. Em dois serviços habilitados como referência em AC em Neurocirurgia/Neurologia, não houve a produção de nenhum exame eletroencefalograma e eletroneuromiografia. Abaixo, as tabelas demonstrativas das produções de exames no período. Assim, serão tratados um a um dos exames indicados pela Portaria e que tiveram termos de compromisso assinados pelos Hospitais de que os realizariam.

#### a. Eletroencefalogramas

Com exceção de 03 hospitais que não apresentaram produção de nenhum eletroencefalograma no período analisado, todos os demais produziram tal procedimento. Os quantitativos, porém, estão muito abaixo dos 120.000 que deveriam ter sido realizados por estes estabelecimentos no período de 05 anos, sendo que foi atingido um percentual de 34,3% (cerca de 41.000 mil exames aprovados no sistema oficial do MS – SIA/SUS).

Salienta-se neste percentual a atuação de um hospital, que realizou 10.558 exames, o que corresponde a 175% da meta dele para o período analisado e aproximadamente 25,6% do total que foi produzido por todos os serviços no período. Em contrapartida, um hospital produziu 90 exames no ano de 2013 (7,5% do total/ano), sendo identificada produção desse exame somente nesse ano.

**Tabela 3 - Percentual de exames eletroencefalogramas realizados, considerando o quantitativo mínimo, entre 2009 - 2013**

Hospital	Eletroencefalogramas	
	Exames realizados (Programados 6.000)	Percentual de exames realizados no período
A	4.935	82,3
B	90	7,5
C	1.872	31,2
D	1.886	31,4
E	283	4,7
F	350	5,8
G	272	4,5
H	272	4,5
I	423	7,1
J	0	0,0
L	0	0,0
M	2.224	37,1
N	3.245	54,1
O	0	0,0
P	419	7,0
Q	1.192	19,9
R	10.558	176,0
S	3.073	51,2
T	5.808	96,8
U	4.287	71,5

Fonte: SIA/SUS

**b. Eletroneuromiografia**

Nesse exame, 4 dos serviços habilitados não apresentaram produção no período em estudo. Os percentuais alcançados pelos 20 serviços habilitados estão novamente abaixo, considerando a referência de 60.000 exames que deveriam ter sido produzidos por tais hospitais no período 2009-2013. Após análise, encontrou-se 45.938 exames realizados ou cerca de 76% do estimado. Nesse exame, também, houve grandes disparidades de produção entre os estabelecimentos, sendo que um realizou apenas 171 exames durante os cinco anos enquanto outro realizou 9.311 no mesmo período ou 20% do que foi produzido por todas as unidades.

**Tabela 4 - Percentual de exames eletroneuromiografias realizados, considerando o quantitativo mínimo, no período de 2009-2013.**

Hospital	Eletroneuromiografia	
	Exames realizados (Programados = 3.000)	Percentual realizado no período
A	3.373	112,4
B	0	0
C	9.099	303,3
D	9.311	310,4
E	171	5,7
F	666	22,2
G	2.079	69,3
H	2.079	69,3
I	705	23,5
J	0	0
L	3.595	119,8
M	1.132	37,7
N	1.164	38,8
O	0	0
P	191	6,4
Q	2.662	88,7
R	1.433	47,8
S	4.422	147,4
T	3.856	128,5
U	0	0

Fonte: SIA/SUS

### c. Ecodoppler Arterial

Considerando-se a especificidade desse exame no que tange ao levantamento de dados, optou-se por dispor apenas o quantitativo geral produzido por todos os serviços habilitados como AC em Neurocirurgia/Neurologia, sem discorrer sobre percentuais indicativos de apenas um dos serviços.

Tal especificidade se dá por conta de que esse exame poderá ser solicitado por diversas especialidades, não sendo possível no TABWIN separar aqueles que foram solicitados por ocasião de uma investigação neurológica, tornando o dado impreciso.

Assim, no período analisado foram realizados 56.735 exames nos 20 serviços habilitados em detrimento aos 72.000 estabelecidos na Portaria de habilitação dos serviços. Como mencionado anteriormente, não há como precisar se esse quantitativo reflete a realidade apenas para essa especialidade, tendo-se em vista que muitos desses hospitais também têm habilitação em outras especialidades/altas complexidades.

**Tabela 5 - Percentual de exames ecodoppler realizados no período de 2009-2013, considerando os quantitativos mínimos exigidos**

Hospital	Ecodoppler Arterial	
	Exames realizados (Programados = 3.600)	Percentual de exames realizados no período
A	2.156	59,9
B	3.061	85,0
C	5.073	140,9
D	140	3,9
E	104	2,9
F	8.112	225,3
G	1.526	42,4
H	320	8,9
I	1.085	30,1
J	464	12,9
L	4.100	113,9
M	20	0,6
N	83	2,3
O	1.035	28,8
P	387	10,8
Q	8.498	236,1
R	10.257	284,9
S	3.677	102,1
T	6.637	184,4
U	0	0

Fonte: SIA/SUS

### **6.3. Procedimentos de Alta Complexidade em Neurocirurgia/Neurologia**

Os procedimentos de AC em Neurocirurgia/Neurologia se subdividem em oito grandes grupos. Cinco destes são obrigatórios para todos os estabelecimentos que estão habilitados como Unidades de AC e três são permitidos apenas para aqueles habilitados como Centros que, a

critério de cada um destes, escolhe em qual desses três grupos quer atuar, ou nos três se assim escolher.

Assim, os Centros de Referência em Neurocirurgia/Neurologia devem produzir todos os procedimentos dos cinco primeiros grupos mais aquele(s) que escolheu e comprovou capacidade técnica de executar. O quantitativo mínimo, porém, a ser produzido estabelecido na GM/MS nº 756/2005 permanece o mesmo para todos, ou seja, 150 ao ano / 750 nos 05 anos.

Abaixo, a tabela 6 descreve os subgrupos referidos anteriormente:

**Tabela 6. Descrição da subdivisão dos procedimentos de AC em Neurocirurgia/Neurologia**

ALTA COMPLEXIDADE EM NEUROCIRURGIA/NEUROLOGIA	
UNIDADES	CENTROS
1. Trauma e anomalias do desenvolvimento 2. Coluna e nervos periféricos 3. Tumores do sistema nervoso 4. Neurocirurgias vasculares 5. Tratamento neurocirúrgico da dor e funcional	6. Investigação e cirurgia de epilepsia 7. Tratamento endovascular 8. Neurocirurgia funcional estereotáxica

Fonte: Portaria GM/MS nº 756/2005

No RS, existem 13 Unidades e 07 Centros. Desses, 03 estão habilitados a realizarem todos os procedimentos previstos (as 8 subdivisões), todos estão localizados na região metropolitana e são referência para todo o Estado. Um possui habilitação nas subdivisões 6 e 7 e 3 possuem habilitação na subdivisão 7.

Conforme tabela 1, cada estabelecimento deveria realizar 150 procedimentos de alta complexidade dentro dos subgrupos, os quais estão habilitados, conformando uma produção mínima de 15.000 procedimentos de AC no período de 05 anos. Abaixo, a produção de procedimentos de AC encontrada no período analisado.

**Tabela 7. Percentual de procedimentos de Alta Complexidade realizados no período 2009-2013**

<b>Hospital</b>	<b>Procedimentos AC realizados (Programados = 750)</b>	<b>Percentual de procedimentos de AC no período</b>
A	276	36,8
B	353	47,1
C	512	68,3
D	631	84,0
E	208	27,0
F	265	35,3
G	1.499	199,9
H	187	24,9
I	124	16,5
J	643	85,7
L	108	14,4
M	210	28,0
N	42	5,6
O	396	52,8
P	154	20,5
Q	1.502	200,3
R	819	109,2
S	877	116,9
T	1.851	246,8
U	1.021	136,1

Fonte: SIH/SUS

Um total de 11.678 procedimentos foram realizados nos 20 hospitais, cerca de 77% do mínimo que deveria ter sido produzido. Nos 3 Centros aptos para todos os procedimentos, todos alcançaram percentuais acima de 100% do que a Portaria exige, sendo que 2 destes apresentaram produção distribuída dentre todas as subdivisões. Entretanto, a produção de procedimentos ligados à investigação e cirurgia de epilepsia (subdivisão 6) foi irrisória, pois foram realizados apenas 192 procedimentos. Já na subdivisão 8 – neurocirurgia funcional estereotáxica – foram produzidos 25 procedimentos durante os cinco anos no RS. Os demais centros também tiveram uma produção superior ao mínimo obrigatório, com exceção de um deles (J) que produziu em torno de 85% ou 643 procedimentos.

Em relação às Unidades, ocorreu uma produção muito baixa, com um serviço (N) produzindo apenas 5% do percentual obrigatório pela legislação vigente. Nesses cinco anos, esse estabelecimento realizou 42 cirurgias, sendo que nenhuma destas foi do item 5 - Tratamento



cirúrgico da dor e funcional. Das demais Unidades, 9 realizaram menos de 50% e apenas 3 ultrapassaram esse percentual. Salienta-se que estes hospitais que ultrapassaram 50% estão localizados no interior do RS.

Considerando-se todos os estabelecimentos habilitados no Estado, encontrou-se uma predominância da realização de procedimentos na subdivisão 3 – Tumores do Sistema Nervoso, com predominância do procedimento 0403030145 - Microcirurgia para Tumor Intracraniano.

Abaixo, tabela demonstrativa do comportamento dos Hospitais durante os cinco anos estudados:

**Tabela 8. Comportamento hospitais habilitados em Alta Complexidade em Neurocirurgia/Neurologia no RS no período de 2009-2013**

Hospital	Consultas		Eletroencefalogramas		Ecodoppler Arterial		Eletroneuromiografia		Procedimentos AC	
A										
B										
C										
D										
E										
F										
G										
H										
I										
J										
L										
M										
N										
O										
P										
Q										
R										
S										
T										
U										

Fonte: a autora

Legenda

atingiu os quantitativos
não atingiu os quantitativos

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo descreveu o cenário da produção assistencial dos serviços de Neurocirurgia e/ou Neurologia do RS e, de acordo com os resultados, há grandes vazios assistenciais, pois através da descrição, através de tabelas, da produção física foi possível identificar os percentuais alcançados por cada um dos serviços e, desse modo, apontar que todos os procedimentos previstos na Portaria que regulamenta a assistência de alta complexidade em Neurocirurgia/Neurologia no estado do RS precisam de monitoramento pelo gestor.

Os resultados encontrados chamam a atenção para a importância do gestor monitorar os serviços que prestam assistência aos usuários do SUS, em especial aqueles habilitados como referência para grandes populações, como são os serviços de alta complexidade.

Os piores índices de produção foram identificados nas regiões mais distantes de Porto Alegre, alertando-se para a necessidade de um olhar atento do gestor do SUS, em especial para a melhora da regulação do acesso dos usuários aos serviços, bem como uma discussão mais específica no momento de contratualizar esses serviços, tendo em vista que os quantitativos mínimos previstos nas Portarias de habilitação devem, obrigatoriamente, refletir nos contratos mantidos com essas instituições. Tem-se uma preocupação mais relevante no sentido de que os grandes hospitais habilitados estão sob gestão municipal, cabendo ao estado uma aproximação e um diálogo permanente com os gestores municipais para que, juntos, encontrem uma solução para ajudar tais hospitais a cumprirem seus compromissos assumidos junto ao Ministério da Saúde via Termo de Compromisso.

Da mesma forma, após identificar o cenário, sabendo-se que a maioria das unidades não atinge as metas, há a necessidade de uma aproximação entre o serviço sob gestão estadual e o gestor, para que seja possível identificar as dificuldades e agir a partir delas, mantendo-se um diálogo mais próximo e oferecendo auxílio técnico, inclusive.

Importante ressaltar que aqueles serviços que não atingiram nenhuma meta, ou que não realizaram nenhum procedimento nas subdivisões que estavam habilitados, deverão passar por uma análise mais consistente, verificando-se a indicação de permanência deles como Serviço de Referência em Alta Complexidade em Neurocirurgia/Neurologia. Em caso negativo, deve-se providenciar a substituição destes por outros prestadores que tenham interesse em realizar tais procedimentos.

Desse modo, é necessária uma verificação constante junto às unidades prestadoras de serviço, com objetivo de avaliar se permanecem as prerrogativas que foram comprovadas no momento de solicitação da habilitação, uma vez que, de acordo com Calsing (1982), a avaliação tem como finalidade produzir informações capazes de confirmar ou modificar as próprias decisões dentro do planejamento.

Salienta-se que, a partir desse trabalho, o início do processo de avaliação já foi disparado, sendo necessários outros estudos para melhor subsidiar a tomada de decisão dos gestores objetivando-se, sempre, a qualificação do atendimento prestado ao usuário do SUS.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em 05-09-2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm). Acesso em 05-09-2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 756 de 27 de dezembro de 2005**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-756.htm>. Acesso em 03-06-2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 1.161 de 07 de julho de 2005**. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1161.htm>. Acesso em 03-06-2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Tab para Windows/versão 2**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/download/software/tabulacao/tabwin/ManualTabwin.pdf>. Acesso em 07-09-2014.

BUARQUE, de-Holanda-Ferreira, A. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Parâmetro, [s.d.], p. 50.

CALSING, E. **Diretrizes para uma sistemática de avaliação**: Elementos para uma discussão. III Curso de Política e Planejamento Local. Brasília: [s.n.], 1982.

CONTANDRIOPOULOS, A. P *et al.* **A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>. Acesso em 02-09-2014.

POPHAM, Wilian James. **Manual de Avaliação**: regras práticas para o avaliador educacional. Trad. Cecília L. da R. Bastos. Petrópolis: Vozes, 1977. p. 11-12.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Resolução da Comissão Intergestores Bipartite nº 555 de 19 de setembro de 2012**. Disponível em: <[http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506\\_cibr555\\_12.pdf](http://www.saude.rs.gov.br/upload/1348591506_cibr555_12.pdf)>. Acesso em 02-09-2014.

RODRIGUES, Wanda Wiehe; TORRES, V. R. **Contribuição ao desenvolvimento do processo de avaliação em serviços de saúde**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1982.

ROZENFELD, S. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. **Fundamentos da Vigilância Sanitária**, Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2000.