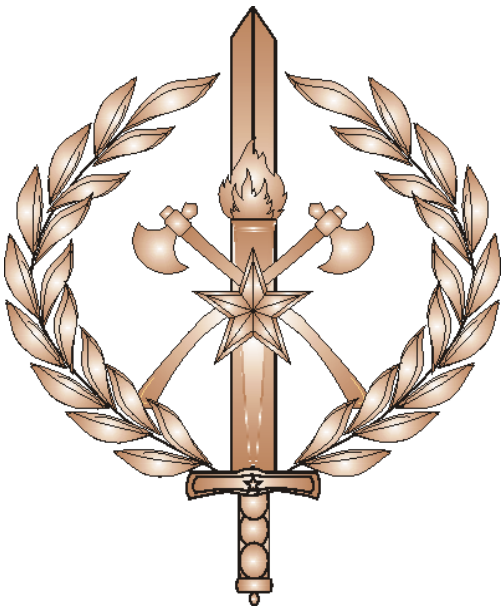
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA
DIRETORIA DE ENSINO
CENTRO DE ESTUDOS DE POLÍTICA, ESTRATÉGIA E DOUTRINA
CURSO DE ALTOS ESTUDOS PARA OFICIAIS

Ten-Cel QOBM/Méd. CARLOS ROBERTO **BIOJONE**



ESTRUTURA DO CENTRO CIRÚRGICO DA POLICLÍNICA MÉDICA DO CBMDF: CARACTERIZAÇÃO, PLANEJAMENTO E DESAFIOS

BRASÍLIA
2020

Ten-Cel QOBM/Méd. CARLOS ROBERTO **BIOJONE**

ESTRUTURA DO CENTRO CIRÚRGICO DA POLICLÍNICA MÉDICA DO CBMDF: CARACTERIZAÇÃO, PLANEJAMENTO E DESAFIOS

Trabalho monográfico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais dos Quadros Combatente, Saúde e Complementar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Orientador: TEN-CEL QOBM/Méd. DANIEL DE CARVALHO **FRIEDMAN**

BRASÍLIA
2020

TEN-CEL QOBM/Méd. CARLOS ROBERTO **BIOJONE**

ESTRUTURA DO CENTRO CIRÚRGICO DA POLICLÍNICA MÉDICA DO CBMDF: CARACTERIZAÇÃO, PLANEJAMENTO E DESAFIOS

Trabalho monográfico apresentado ao Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina como requisito para conclusão do Curso de Altos Estudos para Oficiais do Quadro Combatente, Saúde e Complementar do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

Aprovado em: _____/_____/_____.

BANCA EXAMINADORA

_____
Denilson da Silva Marques – Ten-Cel QOBM/Comb.
Presidente

_____
Neuton **Dornelas** Gomes – Ten-Cel QOBM RRm
Membro

_____
André Telles Campos – Ten-Cel QOBM/Comb.
Membro

_____
Daniel de Carvalho **Friedman** – Ten-Cel QOBM/Méd.
Orientador

CESSÃO DE DIREITOS

AUTOR: Ten-Cel QOBM/Méd. Carlos Roberto **Biojone**

TEMA: Estrutura do centro cirúrgico da Policlínica Médica do CBMDF: caracterização, planejamento e desafios.

ANO: 2020.

Concedo ao Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal as seguintes permissões referentes a este trabalho acadêmico:

- reprodução de cópias;
- empréstimo ou comercialização de tais cópias, desde que tenha propósitos acadêmicos e científicos;
- disponibilização no *site* oficial do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.

O autor reserva outros direitos de publicação e nenhuma parte desse trabalho acadêmico pode ser reproduzida sem autorização por escrito do autor.

_____

Carlos Roberto **Biojone** – Ten-Cel QOBM/Méd.

Dedico esta obra a minha esposa e filhos, que através do seu amor, me dão força para transpor todos os desafios.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha esposa Estefânia pelo apoio durante todo o curso e pelos valiosos conselhos durante o desenvolvimento desta pesquisa.

Ao Ten-Cel Friedman, meu orientador, pela amizade e pelo conhecimento transmitido durante a realização do presente trabalho.

Ao Ten-Cel Wallace, comandante do Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina (CEPED), pelo grande empenho na estruturação da grade curricular e pelo estímulo a convivência saudável durante o curso.

Aos docentes, em especial ao instrutor do curso de Metodologia Científica da Pesquisa, Ten-Cel André, pela dedicação, paciência e pelos valiosos ensinamentos.

Aos colegas de Curso de Altos Estudos para Oficiais (CAEO), pelo convívio amigável, estreitando laços de amizade e criando muitos outros.

Aos militares lotados no CEPED pelo apoio durante o transcorrer do CAEO.

“O ignorante afirma, o sábio duvida, o sensato reflete”

Aristóteles

RESUMO

A pesquisa desenvolvida teve como objetivo principal determinar o rol de procedimentos cirúrgicos que podem ser realizados no bloco cirúrgico da Policlínica Médica (POMED) do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF). Após a recente reforma e ampliação da POMED, a corporação conta com uma estrutura de centro cirúrgico de dimensões e potencial inéditos na história da assistência à saúde do CBMDF. A revisão da literatura demonstrou que aproximadamente 30% das doenças necessitarão de algum tipo de intervenção cirúrgica durante o decurso de seu tratamento e que o acesso a este tipo de tratamento é limitado em muitos países em desenvolvimento, podendo ocasionar uma evolução desfavorável da doença. Foram analisadas resoluções de conselhos de classe e portarias ministeriais, o que permitiu o enquadramento da estrutura da POMED na de Hospital Dia e mais precisamente em Unidade de Saúde do tipo III. Foi realizada uma análise das autorizações de procedimentos cirúrgicos emitidas pela Seção de Auditoria da Diretoria de Saúde (SEAUD) durante o primeiro semestre de 2019, para serem realizadas na rede credenciada de saúde do CBMDF. Encontrados 1698 procedimentos autorizados para 850 pacientes, o que possibilitou o conhecimento da demanda de procedimentos cirúrgicos existente no sistema de saúde do CBMDF. Foi também realizada uma visita ao centro cirúrgico da POMED e apontadas as principais deficiências em relação à estrutura, pessoal e equipamentos que poderiam prejudicar o pleno funcionamento do estabelecimento. Foi detectado que 67% dos procedimentos cirúrgicos autorizados para serem realizados na rede credenciada de saúde do CBMDF poderiam ser realizados na POMED, assumindo condições ideais de funcionamento. Esta mudança de fluxo de cirurgias para a rede interna pode trazer uma economia de aproximadamente 48,9%, considerado o quesito honorário de equipe médica, conforme encontrado no período estudado. O estudo indica que grande parte da demanda de cirurgia dos militares e dependentes da corporação poderia ser absorvido pela nova estrutura interna de saúde, possibilitando economia com a rede credenciada e redução na burocracia para o acesso ao tratamento cirúrgico dos pacientes.

Palavras-chave: CBMDF. Saúde. Policlínica Médica. Centro Cirúrgico. Cirurgia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes..29
Figura 2 – Materiais necessários ao funcionamento dos estabelecimentos de saúde do tipo II 37
Figura 3 – Equipamentos necessários no interior das salas cirúrgicas para estabelecimentos de saúde do tipo II 38
Figura 4 - Equipamentos necessários no interior das salas de indução/recuperação anestésica para estabelecimentos de saúde do tipo II 39
Figura 5: Tempo de trabalho estimado por atividade realizada pela equipe de enfermagem.....44
Figura 6 – Distribuição dos pacientes quanto à condição em relação ao CBMDF....52
Figura 7 – Número de procedimentos cirúrgicos autorizados separados por especialidades 53
Figura 8 – As 10 especialidades com maior número de pacientes que receberam autorização para procedimentos cirúrgicos 54
Figura 9 – Número de procedimentos autorizados por paciente em cada uma das 10 especialidades mais demandadas 55
Figura 10 – Quantidade de procedimentos autorizados por estabelecimento de saúde da rede credenciada do CBMDF 56
Figura 11 – Quantidade de procedimentos autorizados por mês durante o primeiro semestre de 2019 56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dez procedimentos autorizados pela SEAUD com maior frequência no 1º semestre de 2019 57
Tabela 2 – Dez procedimentos autorizados pela SEAUD com maior custo em relação a soma dos honorários médicos de equipe cirúrgica e de equipe anestésica no 1° semestre de 2019 58
Tabela 3 – Dez procedimentos mais autorizados e passíveis de serem realizados na POMED 59
Tabela 4 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Ortopedia e passíveis de serem realizados na POMED 59
Tabela 5 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Oftalmologia e passíveis de serem realizados na POMED 60
Tabela 6 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Otorrinolaringologia e passíveis de serem realizados na POMED 60
Tabela 7 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Dermatologia e passíveis de serem realizados na POMED 61
Tabela 8 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Urologia e passíveis de serem realizados na POMED 61
Tabela 9 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Cirurgia Geral e passíveis de serem realizados na POMED 62
Tabela 10 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Cirurgia Vascular e passíveis de serem realizados na POMED 62
Tabela 11 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de ginecologia e obstetrícia e passíveis de serem realizados na POMED 63
Tabela 12 – Gastos com honorários médicos de procedimentos passíveis de serem realizados na POMED, nas principais especialidades, no período de janeiro a junho de 2019 63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Art.	Artigo
ASA	American Society of Anesthesiologists Classification
CAEO	Curso de Altos Estudos para Oficiais
CBMDF	Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal
CEPED	Centro de Estudos de Política, Estratégia e Doutrina
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID 10	Classificação Internacional de Doenças n° 10
CME	Central de Material e Esterilização
Comb.	Combatente
CRM	Conselho Regional de Medicina
DERHU	Departamento de Recursos Humanos
DF	Distrito Federal
DISAU	Diretoria de Saúde
HM	Honorários Médicos
HOME	Hospital Ortopédico e Medicina Especializada
IBED	Instituto de Gastroenterologia e Endoscopia Digestiva
ICT COR	Instituto do Coração de Taguatinga
INBOL	Instituto Brasiliense de Olhos
INOB	Instituto de Olhos e Microcirurgia de Brasília
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
Méd.	Médico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPME	Órteses, próteses e materiais especiais
POMED	Policlínica Médica
QOBM	Quadro de Oficiais Bombeiro Militar
QUANT.	Quantidade
SEAUD	Seção de Auditoria da Diretoria de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
Ten-Cel	Tenente Coronel

TUSS Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

LISTA DE SÍMBOLOS

%	Por Cento
n°	Número
R$	Reais
mm	Milimetro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1.1 Definição do problema 16
1.2 Justificativa 17
1.3 Objetivos 18
1.3.1 Objetivo geral 18
1.3.2 Objetivos específicos 18
1.4 Definição de termos 19
2 REVISÃO DA LITERATURA 25
2.1 A especialidade cirúrgica 25
2.1.1 História da cirurgia 25
2.1.2 Tratamento cirúrgico das doenças 26
2.1.3 Centro Cirúrgico 28
2.1.4 Cirurgia Ambulatorial 29
2.2 Estrutura Organizacional do CBMDF 31
2.2.1 Departamento de Recursos Humanos - DERHU 32
2.2.2 Diretoria de Saúde - DISAU 33
2.2.3 Policlínica Médica - POMED 33
2.3 Histórico da Policlínica Médica 35
2.4 Legislação e estabelecimentos de saúde 35
2.4.1 Hospital Dia 35
2.4.2 Internação de curta permanência 36
2.4.3 Classificação das cirurgias 39
2.4.4 Responsabilidade do médico 41
2.4.5 Ato anestésico 41
2.4.6 Dimensionamento do quadro de profissionais médicos 42
2.4.7 Dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem 42
3 METODOLOGIA 45
3.1 Classificação do estudo 45
3.2 Coleta de dados 46
3.3 Análise de dados 47

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO 50
4.1 Resultados 50
4.1.1 Enquadramento da estrutura da POMED 50
4.1.2 Pesquisa de campo 50
4.1.3 Cirurgias autorizadas na rede credenciada de saúde do CBMDF 52
4.1.3.1 Procedimentos autorizados com maior frequência 57
4.1.3.2 Procedimentos autorizados que possuíam os maiores custos 57
4.1.3.3 Procedimentos passíveis de serem realizadas na POMED 58
4.1.3.3.1 Gastos na rede credenciada, na rede interna e economia 63
4.2 Discussão 64
4.2.1 Discussão do objetivo específico 1 65
4.2.2 Discussão do objetivo específico 2 66
4.2.3 Discussão do objetivo específico 3 67
4.2.4 Discussão do objetivo específico 4 68
5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES 70
REFERÊNCIAS 73

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a saúde do bombeiro militar vem desde os primórdios do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (CBMDF), quando em fevereiro de 1968, foi inaugurado o Serviço de Saúde da corporação no final da Asa Norte. Ainda no ano de 1968, essa estrutura foi transferida para o 3º Grupamento de Incêndio em Taguatinga. Com o crescimento de Brasília e a necessidade de ampliar sua capacidade de atendimento, o comando do CBMDF foi gradativamente aumentando o número de quartéis. Em 1979, como resultado desta expansão, foi inaugurada a Policlínica no final da Asa Sul, onde permanece até o presente (CBMDF, 2019).

A Policlínica Médica (POMED) possuía, até o ano de 2018, uma única sala de cirurgia, com equipamentos obsoletos e com área física em condições precárias para a realização de procedimentos cirúrgicos. Apesar disso, sempre foram realizadas cirurgias no local, na medida do possível e com os recursos escassos disponíveis. Dadas as limitações elencadas, a quantidade de cirurgias realizadas nos últimos anos esteve muito aquém da demanda, além de serem efetuados somente procedimentos simples, com o uso de anestesia local.

Recentemente a POMED vem sofrendo uma profunda reforma e ampliação de sua estrutura física, bem como a modernização de seus equipamentos. Conta agora com um bloco cirúrgico maior, composto por três salas operatórias amplas, área para esterilização de instrumental cirúrgico, sala de recuperação pós-anestésica, vestiários e salas para estoque de materiais.

Considerando que o ato cirúrgico é uma atividade de alto risco para o doente e para o cirurgião, devendo ser realizado respeitando-se diversos regramentos dos conselhos de categoria e agências de fiscalização e considerando a grande mudança da estrutura física da POMED, torna-se muito importante para a administração da área de saúde ter uma baliza para utilização correta e efetiva das novas instalações cirúrgicas.

1.1 Definição do problema

O cuidado com a saúde dos bombeiros militares e de seus familiares, mais do que um dever legal, é uma preocupação natural da alta administração pois o estado de higidez física e mental é condição primordial para o desenvolvimento de um bom trabalho, especialmente em uma profissão que lida com situações de risco e responsabilidade extremos e que tem por princípio zelar pela vida e integridade humana.

O tratamento cirúrgico das doenças corresponde a cerca de 25% dos atendimentos médicos em todo o mundo, conforme Shrime et al. (2015). Apesar disso, atualmente, a oferta desse tipo de cuidado na POMED se dá de maneira ínfima, com um restrito rol de procedimentos de baixa complexidade e com quantidade limitada de procedimentos realizados.

Para suprir a carência em relação às cirurgias, o CBMDF dispõe de uma rede credenciada de estabelecimentos de saúde para onde os usuários são referenciados. Atualmente, a realização dos procedimentos cirúrgicos em usuários do sistema de saúde do CBMDF ocorre mediante uma solicitação médica e está sujeita à autorização pela Seção de Auditoria da Diretoria de Saúde (SEAUD). Uma vez que são realizados em estabelecimentos de saúde externos, a administração da corporação não possui governança sobre os gastos com materiais, órteses, próteses e honorários médicos. Além disso, não há como monitorar condutas e garantir o exercício da prática médica voltada para a segurança do paciente, razão principal do sistema de saúde do corpo de bombeiros.

Importante enfatizar que uma consequência natural de um rigoroso processo seletivo para o ingresso de médicos no CBMDF é a existência de um quadro de excelentes profissionais com alto nível de capacitação. Essa mão de obra de qualidade e altamente especializada não é totalmente aproveitada devido à falta de um centro cirúrgico operando adequadamente.

Com a ampliação e reforma da POMED e a construção de um novo centro cirúrgico surge a necessidade e a obrigação de um aproveitamento máximo e eficaz da estrutura. Para isso, se faz necessário definir quais tipos de procedimentos cirúrgicos podem ser realizados com segurança neste espaço.

Não há dados e registros padronizados referentes ao perfil epidemiológico, à demanda de procedimentos cirúrgicos entre usuários do sistema de saúde e aos gastos referentes a pagamento de honorários médicos. A compilação dessas informações é muito importante para uma gestão eficaz e eficiente.

Assim, o problema de pesquisa proposto traduz-se na seguinte pergunta: Qual a capacidade de funcionamento da nova estrutura de centro cirúrgico da Policlínica Médica do CBMDF?

1.2 Justificativa

O CBMDF atualmente conta com cerca de 5.500 militares em atividade. Quando somados aos militares da inatividade, aos dependentes e pensionistas, chegamos a um quantitativo próximo de 30 mil vidas, sendo estes os potenciais usuários do sistema de saúde da corporação.

Alguns fatos, como a incorporação de novos militares nas fileiras do CBMDF, o aumento da longevidade da população e uma inflação médica superior ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, fazem com que os custos na área da saúde aumentem acima dos níveis inflacionários e de forma progressiva, conforme dados do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (2019). Dentre estes custos, uma fatia expressiva destina-se à cobertura de procedimentos cirúrgicos, em seus diversos tipos e complexidades.

Baseando-se nos custos médicos cirúrgicos em ascensão, no orçamento limitado e nas boas práticas de gestão, uma das metas da administração é adotar medidas de economia, sem que isso prejudique a qualidade da assistência de seus usuários. Esta preocupação é tratada no objetivo de número quatro do Plano Estratégico do CBMDF, através da iniciativa de realizar estudos e eventos de gestão, política, estratégia e doutrina para o desenvolvimento corporativo (CBMDF, 2017, p. 28).

Considerando a grande mudança ocorrida recentemente na estrutura física da POMED, em particular na estrutura de centro cirúrgico, e a necessidade de economia com os gastos na área da saúde, tornou-se extremamente relevante para a

administração e para toda a corporação, a definição de quais os tipos de procedimentos cirúrgicos podem ser realizados naquele novo local.

O estudo da capacidade de funcionamento do centro cirúrgico da POMED, aliado a um levantamento das demandas cirúrgicas dos usuários do sistema de saúde, poderá fornecer o embasamento necessário aos gestores para um melhor aproveitamento do setor. Tais medidas poderiam proporcionar maior qualidade de atendimento da família bombeiro militar e redução de gastos em saúde com hospitais e clínicas credenciadas. Encontra-se consonância do exposto com o objetivo de número nove do Plano Estratégico do CBMDF, na iniciativa de implementar a política de saúde (CBMDF, 2017, p. 33).

Além disso, a detecção de fatores de risco ao bom funcionamento do centro cirúrgico da POMED, como déficits relacionados à área de recursos humanos, inadequação da estrutura física, falta de materiais e equipamentos, poderá orientar a adoção de medidas de saneamento. Tal ação também é contemplada no objetivo de número seis do Plano Estratégico do CBMDF, na iniciativa de prover as Organizações Bombeiro Militar de infraestrutura necessária ao desempenho de suas atividades (CBMDF, 2017, p. 30).

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

O objetivo geral do trabalho é determinar o rol de procedimentos cirúrgicos factíveis, considerando a estrutura física e recursos humanos do novo centro cirúrgico da POMED e baseando-se nas regulamentações vigentes.

1.3.2 Objetivos específicos

Como passos intermediários para atingir o objetivo final da pesquisa, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

1. Determinar em qual tipo de estabelecimento de saúde a POMED está enquadrada, baseando-se em leis, portarias e resoluções dos órgãos regulatórios competentes.

2. Especificar quais foram os procedimentos cirúrgicos mais autorizados no primeiro semestre de 2019 pela Seção de Auditoria da Diretoria de Saúde.

3. Determinar quais as necessidades de pessoal e equipamentos para o pleno funcionamento da estrutura física do centro cirúrgico da POMED.

4. Estimar a economia em relação aos honorários médicos, caso os procedimentos autorizados com maior frequência pela Seção de Auditoria da Diretoria de Saúde sejam realizados no centro cirúrgico da POMED.

1.4 Definição de termos

Amigdalectomia: remoção cirúrgica das amigdalas. (SABISTON JÚNIOR, 1999, p. 1200).

Anastomose vascular: ligação ou reconstrução de vasos através de pontos cirúrgicos. (KIRK, 2010, p. 90).

Antissepsia: uso de produtos antimicrobianos no tecido vivo. (SABISTON JÚNIOR, 1999, p. 238).

Artroscópico: relativo ao procedimento cirúrgico realizado em articulações dos membros por meio de pequenas incisões. (JOHNS HOPKINS MEDICINE, 2020a).

ASA: classificação do estado físico do paciente de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologia, desde o estado saudável (ASA I) até o paciente em morte cerebral (ASA VI). (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS, 2020).

Atendimento ambulatorial: Assistência prestada pelo pessoal de saúde a pacientes, sem regime de internação. (BRASIL, 1983, p. 7).

Carro de parada: ou carro de emergência, é uma estrutura móvel para organização e manutenção dos materiais utilizados em reanimação cardiopulmonar. (LIMA et al., 2010).

Centro Cirúrgico: Conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como a recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediata. (BRASIL, 1983, p. 14).

Cistoscopia: exame médico para visualização da bexiga urinária com a utilização de uma microcâmera. (WALSH, 2002, p. 117).

Colangiografia: exame realizado com contraste para visualização dos ductos biliares. (SABISTON JÚNIOR, 1999, p. 1039).

Colecistectomia: remoção cirúrgica da vesícula biliar. (SABISTON JÚNIOR, 1999, p. 1056).

Colpoplastia: cirurgia realizada para correção de anormalidades do períneo feminino. (SABISTON JÚNIOR, 1999, p. 1403).

Crioterapia: tratamento que utiliza o frio extremo (nitrogênio líquido) para destruir um tecido. (MSKCC, 2020).

Curativo: Curativo é o conjunto de cuidados dispensados a uma lesão ou úlcera, visando proporcionar segurança e conforto ao doente e favorecer a cicatrização. (BRASIL, 2002, p. 29).

Desinfecção: Destruição de agentes infecciosos situados fora do organismo, mediante a aplicação direta de meios físicos ou químicos. (BRASIL, 1983, p. 36).

Duplo J: cateter utilizado no interior do sistema urinário para possibilitar a passagem de urina do rim para a bexiga. (WALSH, 2002, p. 3308).

Ecógrafo: é o equipamento que permite a realização de exames de

ecografia ou ultrassonografia. (THOMAS, 2000).

Eletrocoagulação, fulguração, cauterização: procedimento cirúrgico utilizado para coagular uma área de tecido através da corrente elétrica. (KIRK, 2010, p. 19).

Estabelecimentos de Saúde: espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica. (Brasil, 2015).

Exérese: excisão ou remoção cirúrgica de um tecido. (KIRK, 2010, p. 108).

Expurgo: ambiente destinado à limpeza, desinfecção e guarda dos materiais utilizados na assistência ao paciente. (BRASIL, 1994, p. 143).

Facectomia: cirurgia realizada para remoção do cristalino. (MENDONÇA et al., 2018).

Família bombeiro-militar: expressão utilizada pela legislação específica cuja definição não foi encontrada na literatura, mas que, para fins deste trabalho, será entendida como a população composta por todos os bombeiros militares da ativa, inativos, seus dependentes legais e pensionistas. (BRANDÃO, 2017).

Fístula arterio-venosa: comunicação entre uma artéria e uma veia, podendo ser congênita, traumática ou resultado de procedimento cirúrgico com a finalidade de realização de hemodiálise. (SABISTON JÚNIOR, 1999, p. 402).

Hérnia: protrusão de um tecido para um espaço fora de sua localização habitual. (SABISTON JÚNIOR, 1999, p. 1130).

Herniorrafia ou hernioplastia: cirurgia para correção de hérnias da parede abdominal. (SABISTON JÚNIOR, 1999, p. 1134).

Histeroscopia: exame médico destinado à visualização da cavidade uterina com a utilização de uma microcâmera. (JOHNS HOPKINS MEDICINE, 2020b).

Honorário médico: honorários devidos em retribuição a trabalho realizado de forma liberal e autônoma, implicando comumente em atividade de cunho intelectual. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA, 2000).

Inflação Médica: índice de Variação do Custo Médico Hospitalar. Expressa a variação anual dos custos das operadoras de planos de saúde com procedimentos médicos. (INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2019).

Internação: admissão de um paciente para ocupar um leito hospitalar, por um período acima de 24 horas. (BRASIL, 1983, p. 20).

Materiais especiais: quaisquer materiais ou dispositivos de uso individual que auxiliam em procedimento diagnóstico ou terapêutico e que não se enquadram nas especificações de órteses ou próteses, implantáveis ou não. (BRASIL, 2016).

Órtese: peça ou aparelho de correção ou complementação de membros ou órgãos do corpo. (BRASIL, 2016).

Osteocondroplastia: procedimentos com a finalidade de remodelagem da deformidade da cabeça do fêmur. (EL-TAYEBY, 2008).

Paliativo: são os cuidados de saúde ativos e integrais prestados à pessoa com doença grave, progressiva e que ameaça a continuidade de sua vida. (BRASIL, 2020).

Patologia: corresponde ao estudo da doença. Do grego “pathos”: doença; “logos”: estudo. Na medicina também é utilizado como sinônimo de doença. (REZENDE, 2007, p. 101).

Pterígio: crescimento de tecido na córnea do olho de natureza benigna. (CHUI et al., 2011).

Prótese: peça ou aparelho de substituição dos membros ou órgãos do corpo. (BRASIL, 2016).

Radioscopia: é uma técnica derivada da radiografia onde as estruturas internas de um paciente são visualizadas de forma dinâmica em uma tela por intermédio de raios x. (GONÇALVES, 2010).

SaudeWeb: sistema de controle de autorização de guias para procedimentos médicos. Em funcionamento desde 2013. (CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL, 2020).

Septoplastia: cirurgia para correção das deformidades do septo nasal. (SABISTON JÚNIOR, 1999, p. 1195).

Sinusectomia: cirurgia de abertura dos seios da face para tratamento de infecções. (SABISTON JÚNIOR, 1999, p. 1196).

Sling: cirurgia realizada para correção da incontinência urinária através do implante de uma prótese ou um tecido da própria paciente. (KEANE; GRAHAM, 2016).

Telangiectasias: vasos capilares muito finos localizados na superfície da pele. (OLIVEIRA et al., 2007).

Tenólise: cirurgia realizada em um tendão com a finalidade de recuperar sua mobilidade. (CAETANO; CAETANO, 2005, p. 27).

Túnel osteofibroso: espaço anatômico por onde passam os tendões. (CAETANO; CAETANO, 2005, p. 25).

Turbinectomia: procedimento cirúrgico para redução do volume dos cornetos nasais inferiores. (RODRIGUES et al., 2011).

Ultrassonografia: é um tipo de exame médico onde os órgãos de um paciente são visualizados de forma dinâmica em uma tela por intermédio da reflexão de ondas sonoras. (THOMAS, 2000).

Uretroscopia: exame médico para visualização da uretra com a utilização de uma microcâmera. (WALSH, 2002, p. 117).

Videoendoscopia: cirurgia ou exame realizado em cavidade corporal com o auxílio de microcâmeras. (KOPPEL; WANG; LEE, 2001, p. 1412).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A especialidade cirúrgica

A cirurgia é um ramo da medicina dedicado ao diagnóstico, investigação e tratamento de doenças através de intervenções manuais ou através de instrumentos. Como característica, os cirurgiões podem observar o resultado do seu trabalho de forma rápida e objetiva, conforme considerado em British Medical Association (2019) e Rogers (2019).

Segundo relatado em Johns Hopkins Medicine (2019), um paciente é submetido a um procedimento cirúrgico pelos seguintes propósitos: diagnosticar uma doença, realizar uma biópsia, remover tecidos ou órgãos doentes, resolver uma obstrução, reposicionar estruturas em sua localização normal, redirecionar vasos sanguíneos, transplantar tecidos ou órgãos, implantar materiais mecânicos ou eletrônicos ou para melhorar a aparência física.

De acordo com o Conselho Federal de Medicina (2003), no Brasil existem 52 especialidades médicas reconhecidas, sendo 18 delas relacionadas à área cirúrgica.

2.1.1 História da cirurgia

Na antiguidade grega e romana, os médicos só recorriam à cirurgia quando nenhum outro tratamento era possível, como utilização de drogas ou dietas. Conforme Sabiston Júnior (1999), a história das doenças é tão antiga quanto a história do homem. Espera-se que o tratamento cirúrgico das doenças também o seja. Porter (1996) esclarece que há evidências arqueológicas, em esqueletos, de procedimentos cirúrgicos realizados há mais de 10.000 a.C. Os textos de Hipócrates, escritos na Grécia nos séculos quinto e quarto antes de Cristo, contém várias referências a procedimentos cirúrgicos.

Ainda de acordo com Porter (1996), antes do século XVIII, a arte cirúrgica e os hospitais tinham uma ligação tênue. A grande maioria dos procedimentos cirúrgicos eram realizados no campo de batalha, na mesa da cozinha

ou no porão de navios de guerra. Após a transição para a era moderna e com o desenvolvimento da técnica cirúrgica, a cirurgia e o hospital se uniram e até hoje se complementam. Sem a existência de hospitais a cirurgia moderna não poderia ter se desenvolvido e nem poderia ser realizada. Por outro lado, sem a cirurgia, os hospitais perderiam parte de sua importância no sistema de saúde.

Embora os tipos básicos de doenças, como tumores, infecções, traumatismos e malformações congênitas não tenham mudado, o tratamento cirúrgico evoluiu consideravelmente desde a pré-história, conforme é ensinado por Sabiston Júnior (1999). Destacam-se, nesta evolução, o estudo da anatomia humana no final do século XIII, a dedicação à patologia e a prática da cirurgia experimental durante o século XVIII, além dos estudos sobre anestesia e antissepsia a partir do século XIX.

Apoiando-se em tais descobertas, a área cirúrgica se desenvolveu exponencialmente após o século XIX, como relatado por Sabiston Júnior (1999). Até então as cirurgias eram realizadas predominantemente em extremidades corporais e a partir desta época, as primeiras intervenções abdominais, torácicas e neurocirúrgicas foram realizadas. Começaram também a serem criados e desenvolvidos os serviços de treinamento dos cirurgiões. Ao final do século XIX, estudos sobre nutrição, quimioterapia, equilíbrio de sais e água na circulação e um aprimoramento das técnicas cirúrgicas, como a anastomose vascular, permitiram a realização dos transplantes de órgãos no transcorrer do século XX.

2.1.2 Tratamento cirúrgico das doenças

De acordo com Meara et al. (2015), a discussão sobre o desenvolvimento e oferta de cuidados médicos cirúrgicos e anestésicos nos países de baixa e média renda tem sido negligenciada. Portanto, não sabemos quais são os impactos humanos e econômicos das patologias cirúrgicas na população e quais as melhores estratégias para aprimorar os cuidados nesta área.

Shrime et al. (2015) destacam que o peso do tratamento cirúrgico na medicina mundial é parcialmente conhecido e provavelmente subestimado. Este fato, aliado à crença de que o tratamento cirúrgico é muito complexo, caro e de pequeno

impacto, torna sua discussão muito importante no planejamento de sistemas de saúde.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (2008), “o recurso mais crítico das equipes cirúrgicas é a própria equipe em si”. Portanto, a falta de planejamento das unidades cirúrgicas, a falta de orientação das equipes e uma estrutura deficiente são condições potenciais para causar danos aos pacientes. Mesmo procedimentos simples, são de execução complexa e envolvem numerosos passos que são críticos para o sucesso da cirurgia.

Durante a evolução de muitas doenças clínicas, sobrevém a necessidade de intervenções cirúrgicas para tratar ou amenizar alguma condição relacionada à doença principal. Este fato, a prevalência de patologias cirúrgicas e a incidência de procedimentos cirúrgicos em doenças clínicas, ocorre em todas as fases da vida do ser humano e pode ter intuito curativo ou paliativo. Meara et al. (2015) e Shrime et al. (2015) estimaram que cerca de 30% das doenças mundiais são patologias que em algum momento, após sua instalação, necessitarão de alguma intervenção cirúrgica.

O acesso ao tratamento cirúrgico de tais patologias não está ao alcance da maioria da população de países em desenvolvimento. Em cirurgia, certamente o retardo no tratamento de inúmeras doenças pode levar ao agravamento da condição, exigindo medidas mais drásticas para a solução posterior do problema, com maiores chances de insucesso no tratamento e maior risco de sequelas para o doente.

Como exemplo da importância do assunto para a gestão pública (o acesso ao tratamento cirúrgico pela população) observa-se em nível federal, grandes destinações de verba com a finalidade de ampliação no número de cirurgias eletivas na rede de saúde pública brasileira. Foram liberados 250 milhões de Reais em 2018, conforme a Portaria nº 2.895, de 12 de setembro de 2018 (BRASIL, 2018); 150 milhões de Reais no primeiro semestre de 2019, de acordo com a Portaria nº 195, de 6 de fevereiro de 2019 (BRASIL, 2019a) e, por fim, mais 100 milhões de Reais no segundo semestre de 2019, conforme observamos na Portaria nº 1.996, de 26 de julho de 2019 (BRASIL, 2019b).

2.1.3 Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico é uma área que compõe o ambiente hospitalar onde são realizados procedimentos cirúrgicos de tipo e complexidade variados. É um ambiente com atuação de equipes multidisciplinares, onde está presente um nível considerável de tecnologia e frequentemente é permeado por um clima de pressão e estresse. Devido a característica invasiva do procedimento cirúrgico, há pouquíssima margem de erro para os componentes da equipe e até mesmo os atos mais simples seguem rígidos protocolos, como pontuado por Carvalho et al. (2015).

Os projetos físicos dos estabelecimentos assistenciais de saúde, em particular das unidades de Centro Cirúrgico, são normatizados pelo Ministério da Saúde. Conforme à norma, em relação à organização físico funcional, temos a listagem das atividades desenvolvidas:

> a. recepcionar e transferir pacientes;
> b. assegurar a execução dos procedimentos pré-anestésicos e executar procedimentos anestésicos no paciente;
> c. realizar escovação das mãos;
> d. executar cirurgias e endoscopias em regime de rotina ou em situações de urgência;
> e. realizar relatórios médico e de enfermagem e registro das cirurgias e endoscopias realizadas;
> f. proporcionar cuidados pós-anestésicos;
> g. garantir o apoio diagnóstico necessário. (Brasil, 1994, p. 35).

Quanto ao dimensionamento das unidades cirúrgicas, a norma estabelece os valores mínimos por área construída de cada local que contempla o ambiente cirúrgico hospitalar, definidos em detalhes na figura 1.

Figura 1 – Dimensionamento, quantificação e instalações prediais dos ambientes

UNIDADE FUNCIONAL: 5 - APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (cont.)

Nº ATIV.	UNIDADE / AMBIENTE	DIMENSIONAMENTO		INSTALAÇÕES
		QUANTIFICAÇÃO (min.)	DIMENSÃO(min.)	
5.6	*Centro Cirúrgico*			
5.6.1	Área de recepção de paciente	1	Suficiente para o recebimento de uma maca	
5.6.2	Sala de guarda e preparo de anestésicos	1	4,0 m²	HF;FAM
5.6.2	Sala de indução anestésica		Sala com 2 leitos no mínimo. 8,5m² por leito, com distância entre estes e paredes, exceto cabeceira, de 1,0m. 6,5m² quando houver mais de 2 leitos	HF;FN;FVC;FO; FAM;AC;EE;ED
5.6.3	Área de escovação	Até 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras por cada sala Mais de 2 salas cirúrgicas = 2 torneiras a cada novo par de salas	1,10 m² por torneira	HF;HQ
5.6.4;5.6.8	Sala pequena de Cirurgia (oftalmologia , endoscopia , otorrinolaringologia, etc)	2 salas. Para cada 50 leitos não especializados ou 15 leitos cirúrgicos, deve haver uma sala. Estabelecimentos especializados (cardiologia , cirurgia, etc) tem de fazer um cálculo específico	20,0 m² com dimensão mínima= 4,0 m	FO;FN;FAM;FVC; AC;EE;ED;E;ADE
5.6.4;5.6.8	Sala média de cirurgia (geral)		25,0 m² com dim. mínima = 4,7 m	
5.6.4;5.6.8	Sala grande de cirurgia (ortopedia, neurologia, cardiologia, etc)		36,0 m² com dim. mínima = 5,0 m	
5.6.4;5.6.8.	Sala de apoio às cirurgias especializadas		12,0 m²	HF;CD;AC;EE;ED
5.6.5	Área para prescrição médica		2,0 m²	EE
5.6.5	Posto de enfermagem e serviços	1 a cada 12 leitos de recuperação pós-anestésica	6,0 m²	HF;AC;EE
5.6.6	Sala de recuperação pós-anestésica	1 sala. O nº de leitos depende dos tipos de cirurgias previstas. De um modo geral estima-se 2 leitos por sala cirúrgica	Sala com 2 leitos no mínimo. 8,5m² por leito, com distância entre estes e paredes, exceto cabeceira, de 1,0m. 6,5m² quando houver mais de 2 leitos	HF;FO;FAM;AC;EE; ED

AMBIENTES DE APOIO :

-Sala de utilidades
-Sanitários com vestiários para funcionários (barreira)
*-Sanitários para acompanhantes (sala de espera)
-Sala de espera para acompanhantes (anexa à unidade)
-Sala de preparo de equipamentos / material
-Sala administrativa
*-Laboratório para revelação de chapas ("in loco" ou não)
-Copa
-Depósito de material de limpeza
*-Área para guarda de macas e cadeira de rodas

Fonte: Brasil (1994, p. 67).

2.1.4 Cirurgia Ambulatorial

A cirurgia ambulatorial é uma modalidade de serviço médico muito comum, onde o paciente recebe alta hospitalar no mesmo dia do procedimento cirúrgico. Realizada com maior frequência nos Estados Unidos, Reino Unido e Escandinávia. Nos Estados Unidos, cerca de 67% de todas as cirurgias são realizadas em regime ambulatorial e para alguns procedimentos em particular, a taxa de cirurgia ambulatorial chega próximo de 100%. Já em outros países como Áustria, Alemanha e Suíça, as taxas para esta modalidade de cirurgia são menores. Os principais objetivos da cirurgia ambulatorial são o aumento da capacidade de atendimento e redução dos custos, conforme mostram Fischer e Zechmeister-Koss (2014) em sua revisão de literatura denominada, “A Cirurgia Ambulatorial é Segura?”.

De acordo com Bhattacharyya (2011), a especialidade de otorrinolaringologia é uma das que tem maior volume na modalidade de cirurgia

ambulatorial nos Estados Unidos, com procedimentos que envolvem as amígdalas, adenoides, tímpano e vias aéreas superiores (septo nasal e cornetos nasais).

Henriques et al. (2000) publicaram um estudo em que 88% dos pacientes submetidos à remoção da vesícula biliar por videolaparoscopia receberam alta no mesmo dia do procedimento, com um período de permanência hospitalar de 9 a 12 horas, sem que tenha ocorrido nenhuma reinternação.

Em relação à ortopedia, atenção é dada por Ferrari et al. (2017) às cirurgias articulares do joelho por meio de artroscopia, principalmente para reparo do ligamento cruzado anterior. Verificado em uma revisão sistemática que esta cirurgia passou a ser realizada de forma ambulatorial nos Estados Unidos em mais de 95% dos pacientes a partir do ano de 2006, inclusive com melhora dos custos e aumento da satisfação dos pacientes.

Quanto à oftalmologia, Fischer e Zechmeister-Koss (2014) citam a cirurgia de catarata como o principal procedimento realizado em regime de cirurgia ambulatorial. Em um artigo de revisão, Lawrence, Fedorowicz e Van Zuuren (2015) mostram evidências que a cirurgia de catarata ambulatorial é mais econômica do que a cirurgia realizada em regime de internação e que os resultados em termos de acuidade visual e qualidade de vida são semelhantes em ambos os casos.

Quanto a especialidade de cirurgia vascular, Liew, Huber e Jeffs (1994) citam a cirurgia de varizes de membros inferiores como a mais comum na especialidade, no regime ambulatorial. Demonstraram em seu trabalho que 96% dos pacientes operados não apresentaram intercorrências após serem liberados do hospital no mesmo dia do procedimento. Concluíram afirmando tratar-se de uma modalidade segura para a cirurgia proposta, além de ser a opção preferida pela maioria dos pacientes.

Em cirurgia geral, Fischer e Zechmeister-Koss (2014) estudaram os pacientes submetidos a cirurgia para correção de hérnia abdominal. Encontraram resultados semelhantes comparando os grupos de pacientes internados e aqueles liberados no dia da cirurgia em termos de dor pós operatória, presença de náusea e qualidade da recuperação.

Na especialidade de Urologia, Engbæk, Bartholdy e Hjortsø (2006) encontraram maior frequência de procedimentos relacionados ao tratamento de doenças dos testículos e bolsa testicular, cirurgia esterilizadora masculina e cistoscopia. Citaram baixa taxa de retorno ao hospital após alta no dia da cirurgia e pequena taxa de complicações clinicamente significantes. No total das 18.736 cirurgias ambulatoriais estudadas, de várias especialidades, as principais complicações foram sangramento e infecção da ferida cirúrgica, porém, com taxas inferiores a 0,5%.

Jones (2006) discute a realização de cirurgia ambulatorial em ginecologia e obstetrícia no Reino Unido, sugerindo que a modalidade otimiza o acesso ao tratamento e reduz os custos. Na especialidade, cita os principais procedimentos realizados: histeroscopia, biópsia uterina e correção de incontinência urinária.

Na especialidade de dermatologia, Pimentel et al. (2005) pontua que as cirurgias dermatológicas são um procedimento comum e que são frequentemente realizadas em ambiente ambulatorial com um risco de complicação muito baixo até mesmo em paciente com comorbidades[1] clínicas.

2.2 Estrutura Organizacional do CBMDF

O CBMDF é uma instituição militar, com seus princípios balizados na hierarquia e disciplina, organizado e mantido pela União, conforme artigos 21, 42 e 144 da Constituição Federal. O CBMDF faz parte da Secretaria de Segurança Pública do DF, diretamente subordinado ao Governador do Distrito Federal. Seus dispositivos legais estão descritos, essencialmente, na Lei de Organização Básica (BRASIL, 1991) e no Estatuto dos Bombeiros-Militares (BRASIL, 1986), modificados pela lei 12.086 de 6 de novembro de 2009 e pela lei 13.459 de 26 de junho de 2017. A Estrutura Organizacional também é ditada pelo Decreto Distrital nº 16.036 de 04 de novembro de 1994.

[1] Doenças adicionais, associadas à patologia em tratamento. As mais comuns são hipertensão arterial, diabetes mellitus e alterações do colesterol.

Conforme o artigo segundo da Lei 8.255 as competências do CBMDF são:

> I - realizar serviços de prevenção e extinção de incêndios;
>
> II - realizar serviços de busca e salvamento;
>
> III - realizar perícias de incêndio relacionadas com sua competência;
>
> IV - prestar socorros nos casos de sinistros, sempre que houver ameaça de destruição de haveres, vítimas ou pessoas em iminente perigo de vida;
>
> V - realizar pesquisas técnico-científicas, com vistas à obtenção de produtos e processos, que permitam o desenvolvimento de sistemas de segurança contra incêndio e pânico;
>
> VI - realizar atividades de segurança contra incêndio e pânico, com vistas à proteção das pessoas e dos bens públicos e privados;
>
> VII - executar atividades de prevenção aos incêndios florestais, com vistas à proteção ambiental;
>
> VIII - executar as atividades de defesa civil;
>
> IX - executar as ações de segurança pública que lhe forem cometidas por ato do Presidente da República, em caso de grave comprometimento da ordem pública e durante a vigência do estado de defesa, do estado de sítio e de intervenção no Distrito Federal;
>
> X - executar serviços de atendimento pré-hospitalar. (Incluído pela Lei nº 12.086, de 2009). (BRASIL, 1991).

O Decreto Federal n° 7.163 de 29 de abril de 2010 acrescenta ainda as seguintes competências ao artigo segundo da Lei 8.255:

> [...]
>
> X - executar ações de emergência médica em atendimento pré-hospitalar e socorros de urgência;
>
> XI - desenvolver na comunidade a consciência para os problemas relacionados com incêndios, acidentes em geral e pânico;
>
> XII - promover e participar de campanhas educativas direcionadas à comunidade em sua área de atuação; e
>
> XIII - fiscalizar, na área de sua competência, o cumprimento da legislação referente à prevenção contra incêndio e pânico. (BRASIL, 2010).

2.2.1 Departamento de Recursos Humanos - DERHU

O Departamento de Recursos Humanos é um órgão de direção geral, subordinado ao Subcomandante Geral, ao qual compete estabelecer e executar as políticas e as diretrizes estratégicas na área de Recursos Humanos do CBMDF, conforme observado em decreto federal:

> Art. 27 [...] planejar, orientar, coordenar e controlar as atividades relacionadas com:

> I - assistência à saúde, social e religiosa;
> II - cadastro do pessoal ativo, inativo e pensionista;
> III - controle de efetivos e movimentações;
> IV - avaliação do pessoal;
> V - promoções; e
> VI - direitos, deveres e incentivos funcionais. (BRASIL, 2010).

2.2.2 Diretoria de Saúde - DISAU

A Diretoria de Saúde é um órgão de direção setorial do sistema de saúde do CBMDF e está subordinada ao Departamento de Recursos Humanos.

Conforme o artigo 51 da Lei 7.479, é direito dos bombeiros-militares:

> [...]
> e) a assistência médico-hospitalar para si e seus dependentes, assim entendida como o conjunto de atividades relacionadas com a prevenção, conservação ou recuperação da saúde, abrangendo serviços profissionais médicos, farmacêuticos e odontológicos, bem assim o fornecimento, a aplicação de meios e os cuidados e demais atos médicos e paramédicos necessários. (BRASIL, 1986).

Compete à Diretoria de Saúde as atividades relacionadas à saúde do bombeiro militar, de seus dependentes e pensionistas conforme a disposto no Decreto Federal nº 7.163:

> [...]
> Art. 30. Compete à Diretoria de Saúde, órgão incumbido das atividades relacionadas com a atenção à saúde do bombeiro militar, seus dependentes legais e pensionistas, além do previsto no art. 26:
> I - praticar os atos necessários ao recolhimento das indenizações ao Fundo de Saúde, observada a legislação específica;
> II - zelar pelo cumprimento do Regulamento Geral da Assistência Médica e Odontológica da Corporação; e
> III - exercer a função de ordenador de despesas, especificamente quanto aos créditos e recursos relacionados com a sua área de competência, observada a legislação específica. (BRASIL, 2010).

2.2.3 Policlínica Médica - POMED

A POMED é um órgão de apoio subordinado à Diretoria de Saúde e ao Departamento de Recursos Humanos. De acordo com o artigo 26 da lei 12.086 de 6 de novembro de 2009, a POMED tem incumbência de assistir a família bombeiro-militar nos assuntos relacionados à saúde.

Consultando o Decreto 31.817 encontramos as principais funções da POMED:

> Art. 16. Compete à Policlínica Médica do CBMDF, organização de saúde incumbida da assistência médico-hospitalar e, em caráter excepcional, da assistência médico-domiciliar, aos usuários do Sistema de Saúde da Corporação, além do previsto no artigo 4º deste decreto:
> I – planejar, integrar, coordenar, controlar e, no seu nível, executar as tarefas relacionadas com a prevenção de doenças, com a conservação ou recuperação da saúde e com a reabilitação dos pacientes, bem como prestar apoio técnico-profissional na área de medicina aos demais órgãos da Corporação;
> [...]
> IV – cooperar para a formulação e o desenvolvimento da doutrina de promoção da saúde, mediante a prevenção de doenças no âmbito da Corporação;
> [...]
> Parágrafo único. O Sistema de Saúde da Corporação, referido no caput do presente artigo, é o conjunto de órgãos, instituições e pessoas físicas, prestadores de serviços de saúde aos bombeiros militares, seus dependentes e pensionistas, compreendendo as organizações do CBMDF, entidades públicas ou particulares, profissionais de saúde autônomos ou aqueles conveniados, contratados, ou credenciados pela Corporação. (DISTRITO FEDERAL, 2010).

Analisando o Almanaque de Oficiais da corporação e o website de marcação de consultas da POMED durante o período do estudo, encontram-se 31 médicos pertencentes a anestesiologia e a nove especialidades cirúrgicas:

- Cirurgia geral – 2 médicos;
- Urologia – 3 médicos;
- Dermatologia – 1 médico;
- Proctologia – 2 médicos;
- Otorrinolaringologia – 3 médicos;
- Ortopedia – 6 médicos;
- Cirurgia vascular – 2 médicos;
- Oftalmologia – 4 médicos;
- Ginecologia e obstetrícia – 5 médicos;
- Anestesiologia – 3 médicos.

2.3 Histórico da Policlínica Médica

Em 6 de fevereiro de 1968 é inaugurado o primeiro Serviço de Saúde do CBMDF no final da Asa Norte, no Posto n° 4. Ainda no ano de 1968, essa estrutura foi transferida para o 3º Grupamento de Incêndio em Taguatinga. Com o crescimento de Brasília e a necessidade de ampliar sua capacidade de atendimento, o comando do CBMDF foi gradativamente aumentando o número quartéis. Em 1979, como resultado desta expansão, é inaugurada a Policlínica no final da Asa Sul, onde permanece até o presente momento, como documentado em Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal (2019).

A criação do primeiro quadro de oficiais médicos da corporação ocorreu em 1988, através de decreto do Governador do Distrito Federal que nomeou nove médicos e dois cirurgiões dentistas, de acordo com o relatado em Distrito Federal (1988).

2.4 Legislação e estabelecimentos de saúde

No Brasil, o funcionamento dos estabelecimentos de saúde é regulado por uma série de portarias e resoluções. Para o presente estudo, foram consideradas as principais normas que regem as atividades cirúrgica e anestésica em estabelecimentos de saúde de menor porte.

2.4.1 Hospital Dia

O Ministério da Saúde aprova o modelo de assistência Hospital Dia no âmbito do SUS através da Portaria n° 44, de 10 de janeiro de 2001.

Em tal documento, é definido como Hospital Dia o regime entre o atendimento ambulatorial e a internação. Neste regime o paciente permanece em observação na unidade hospitalar por no máximo 12 horas. Além disso, estabelece os requisitos mínimos a serem cumpridos pela administração para funcionamento regular:

> **Condições gerais**: recepção com sala de espera, vestiários masculino e feminino, sanitários para pacientes e funcionários, fornecimento de refeições, equipes de plantão com no mínimo um médico e um enfermeiro, garantia de

> vaga hospitalar para transferência em caso de necessidade, garantir continuidade de assistência no pós-operatório.
>
> **Condições específicas**: sala cirúrgica devidamente equipada, centro de esterilização e desinfecção de matérias e instrumentos, condições para realização de anestesia (Resolução CFM 1.802/06), enfermaria equipada com oxigênio, carro de parada e medicamentos necessários em emergências. (BRASIL, 2001, grifo nosso).

2.4.2 Internação de curta permanência

A Resolução CFM nº 1.886/2008 do Conselho Federal de Medicina aprova normas mínimas para o funcionamento de estabelecimentos de saúde com a finalidade de realização de procedimentos com internação de curta permanência e estabelece obediência às normas gerais e específicas do Ministério da Saúde e da Vigilância Sanitária.

Define cirurgias com internação de "curta permanência" como aqueles procedimentos cirúrgicos, que pelo seu porte, exigem a permanência do paciente no ambiente hospitalar por no máximo 24 horas para observação.

Estabelece a classificação dos estabelecimentos de acordo com sua capacidade em unidades de quatro tipos:

> **Tipo I**: apto para pequenos procedimentos, com anestesia local, em baixas doses, sem necessidade de sedação;
>
> **Tipo II**: apto para procedimentos de pequeno e médio porte, com condições para internação de curta duração, com anestesia loco-regional, com ou sem sedação. Obrigatório garantir referência para um hospital de apoio;
>
> **Tipo III**: apto para os procedimentos da unidade do tipo II, acrescidos de cirurgias com anestesia geral com drogas de eliminação rápida;
>
> **Tipo IV**: unidade anexa a um hospital geral ou especializado, podendo utilizar sua estrutura de apoio e equipamentos. (BRASIL, 2008, grifo nosso).

Estabelece critérios para a seleção dos pacientes que podem ser tratados nestes estabelecimentos:

> a. Pacientes em estado físico ASA[2] I ou ASA II;
> b. A extensão da intervenção cirúrgica e a localização anatômica do procedimento permitem a internação de curta permanência;
> c. Não há necessidade de procedimentos especializados e controles estritos;
> d. O paciente deve estar acompanhado de pessoa adulta, lúcida e responsável nas unidades do tipo II, III e IV;

[2] Classificação do estado físico do paciente de acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologia, desde o estado saudável (ASA I) até o paciente em morte cerebral (ASA VI).

e. Deve haver aceitação do paciente ao tratamento médico proposto. (BRASIL, 2008).

Define a responsabilidade da equipe médica; os equipamentos necessários em cada tipo de unidade de forma detalhada, conforme assinalado nas figuras 2, 3 e 4; os recursos humanos; a organização e o funcionamento do estabelecimento.

A norma em revisão ainda esclarece que as Unidades do tipo III e IV deverão possuir, no mínimo, todos os materiais e equipamentos relacionados para as Unidades tipo I e II e para o Complexo Cirúrgico, conforme anotado nas figuras 2, 3 e 4.

Figura 2 – Materiais necessários ao funcionamento dos estabelecimentos de saúde do tipo II

5.2 A Unidade tipo II deverá contar com os seguintes materiais:

a. instrumental cirúrgico;
b. aspirador de secreções;
c. conjunto de emergência, equipado com medicação de emergência e material de reanimação cardiorespiratória;
d. fonte de oxigênio;
e. dispositivos para iluminação adequada no campo cirúrgico;
f. mesa/maca adequada para a realização da cirurgia;
g. equipamentos específicos da especialidade praticada (como microscópio cirúrgico etc.);
h. estufa/autoclave para a esterilização de material se necessário;
i. dispositivo com chave para a guarda de medicamentos sujeitos a controle especial;
j. tensiômetro ou esfigmomanômetro;
k. equipamento para ausculta cardíaca;
l. armário provido de porta, ou outro dispositivo com proteção, para a guarda de material esterilizado e descartável;
m. mobiliário padrão hospitalar – para o uso de pacientes (somente será permitido este tipo de mobiliário);
n. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
o. material para coleta de resíduos, conforme Norma da ABNT;
p. oxímetro de pulso;
q. outros equipamentos auxiliares para a atividade da especialidade.

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2008).

Figura 3 – Equipamentos necessários no interior das salas cirúrgicas para estabelecimentos de saúde do tipo II

5.3.1 As salas cirúrgicas deverão conter os seguintes equipamentos:

a. mesas/macas cirúrgicas;
b. mesa para instrumental;
c. aparelho de anestesia, segundo normas da ABNT;
d. conjunto de emergência, com desfibrilador;
e. aspirador cirúrgico elétrico, móvel;
f. dispositivos para iluminação do campo cirúrgico;
g. banqueta ajustável, inox;
h. balde a chute;
i. tensiômetro ou similar;
j. equipamento para ausculta cardíaca;
k. fontes de gases e vácuo;
l. monitor cardíaco;
m. oxímetro de pulso;
n. laringoscópio (adulto e infantil), tubos traqueais, guia e pinça condutora de tubos traqueais, cânulas orofaríngeas, agulhas e material para bloqueios anestésicos;
o. instrumental cirúrgico;
p. material de consumo adequadamente esterilizado, de acordo com as normas em vigor;
q. medicamentos (anestésicos, analgésicos e mediações essenciais para utilização imediata, caso haja necessidade de procedimento de manobras de recuperação cardiorrespiratória.);
r. equipamentos e materiais específicos para o procedimento praticado.

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2008).

Figura 4 - Equipamentos necessários no interior das salas de indução/recuperação anestésica para estabelecimentos de saúde do tipo II

5.3.2 A Sala de Indução/Recuperação Anestésica deverá estar equipada com:

a. cama/maca de recuperação com grade;
b. tensiômetro ou similar;
c. laringoscópio adulto ou infantil;
d. capnógrafo;
e. ventilador pulmonar adulto e infantil;
f. aspirador contínuo elétrico;
g. estetoscópio;
h. fonte de oxigênio e vácuo;
i. monitor cardíaco;
j. oxímetro de pulso;
k. eletrocardiógrafo;
l. maca hospitalar com grade;
m. material de consumo;
n. medicamentos.

Fonte: Conselho Federal de Medicina (2008).

2.4.3 Classificação das cirurgias

As cirurgias são classificadas de acordo com vários fatores conforme esclarecido pelo Parecer Consulta nº 006 de 2015 do Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo.

Em relação ao tempo para sua realização, podem ser eletivas, urgentes ou emergentes. As cirurgias eletivas são programadas, ou seja, podem aguardar momento propício para preparo adequado e conveniência do paciente e médico. As cirurgias de urgência devem ser realizadas em no máximo 24 a 48 horas, sob risco de evolução da doença e piora da condição do paciente. Já as cirurgias de emergência devem ser realizadas imediatamente para tratamento de uma condição crítica que causa ameaça iminente a vida.

Em relação a sua finalidade, classificam-se em curativa, paliativa, diagnóstica, reparadora ou estética. A cirurgia curativa tem finalidade de cura. A paliativa, finalidade de melhorar as condições de vida do paciente, sem que a doença seja curada. Cirurgia diagnóstica tem objetivo de ajudar na investigação da doença ou de se adquirir informações que auxilie no diagnóstico. Cirurgia reparadora tem a finalidade de reconstruir uma parte do corpo que sofreu alguma alteração devido a acidente ou progressão de doença. Por último, a cirurgia plástica estética tem a finalidade de embelezamento.

Quanto ao risco cirúrgico, subdivide-se em pequeno, médio e grande. Essa gradação está diretamente correlacionada com o risco de perda de sangue e fluídos durante o procedimento.

Quanto ao tempo de duração do ato cirúrgico, classifica-se em portes de I a IV:

- Porte I: até 2 horas de duração;
- Porte II: 2 a 4 horas;
- Porte III: 4 a 6 horas;
- Porte IV: acima de 6 horas.

Já em relação ao potencial de contaminação da ferida cirúrgica, classificam-se em limpa, potencialmente contaminada e contaminada.

> **CIRURGIA LIMPA:** eletiva, primariamente fechada, sem a presença de dreno, não traumática. Realizadas em tecidos estéreis ou passiveis de descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório local. Cirurgias em que não ocorreram penetrações nos tratos digestivo, respiratório ou urinário.
>
> **CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA:** realizada em tecidos colonizados por microbiota pouco numerosa ou em tecido de difícil descontaminação, na ausência de processo infeccioso e inflamatório, e com falhas técnicas discretas no transoperatório. Cirurgias com drenagem aberta enquadram-se nessa categoria. Ocorre penetração nos tratos digestivo, respiratório ou urinário sem contaminação significativa.
>
> **CIRURGIA CONTAMINADA:** cirurgia realizada em tecidos abertos e recentemente traumatizados, colonizados por microbiota bacteriana abundante, de descontaminação difícil ou impossível, presença de inflamação aguda na incisão e cicatrização de segunda intenção ou grande contaminação a partir do tubo digestivo. Obstrução biliar ou urinária também se inclui nesta categoria. (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESPÍRITO SANTO, 2015).

2.4.4 Responsabilidade do médico

De acordo com a Resolução CFM nº 1.493/1998, fica determinado que todo paciente hospitalizado tenha um médico assistente responsável desde a internação até a alta. Além disso, determina que o médico se assegure previamente das condições indispensáveis à execução do ato cirúrgico, inclusive, quanto a composição de sua equipe e existência de auxiliar capacitado para substituí-lo em caso de seu impedimento. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1998a).

A Resolução CFM 1.886/2008 orienta que o médico deve suspender a cirurgia caso o estabelecimento não apresente as condições exigidas, como falta de pessoal ou material. Também deve ser suspenso o procedimento caso o paciente não possua um acompanhante para auxiliá-lo durante a internação e no momento da alta hospitalar.

2.4.5 Ato anestésico

O anestesista tem papel importantíssimo na realização de cirurgias mais complexas e de maior porte. Sua atuação é regulamentada pela Resolução CFM 1.802/2006 do Conselho Federal de Medicina. Tal regramento dispõe sobre as condições mínimas de segurança para a prática da anestesia em estabelecimento de saúde.

O ato anestésico seguro está condicionado a capacidade de se realizar os seguintes procedimentos:

- Monitoração da circulação sanguínea;
- Monitoração contínua da oxigenação do sangue arterial;
- Monitoração contínua da ventilação;
- Disponibilidade de equipamentos, instrumental e materiais e fármacos mínimos;
- Disponibilidade de salas cirúrgicas e de recuperação anestésica com fluxo de gases, sistema respiratório, sistema ventilatório, sistema de aspiração, desfibrilador e marca-passo transcutâneo;

Disponibilidade de sala de recuperação pós-anestésica com equipamentos de monitoração.

2.4.6 Dimensionamento do quadro de profissionais médicos

Conforme a resolução nº 1.490/98 do Conselho Federal de Medicina (1998a), a equipe cirúrgica deve contar com um cirurgião e médicos auxiliares capacitados, em número variável a depender da complexidade do procedimento cirúrgico. O médico auxiliar deve ter capacidade para continuar o ato cirúrgico em caso de impedimento eventual do cirurgião principal.

Em cirurgias de maior porte, pode ser necessário a presença de dois ou até três auxiliares. Em casos mais complexos, podem ser compostas mais de uma equipe de cirúrgica, de diferentes especialidades, para intervenção no mesmo paciente e no mesmo ato cirúrgico.

Através do parecer nº 4/2015, o Conselho Federal de Medicina (1998b) ratifica sua resolução nº 1.490/98 e recomenda que, em caso de dificuldade na composição da equipe cirúrgica, o problema seja contornado com a participação do diretor clínico e/ou diretor técnico da instituição de saúde.

2.4.7 Dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem

O Conselho Federal de Enfermagem (2017), em sua resolução COFEN n° 543/2017, estabeleceu os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem (enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem) para as atividades em centro cirúrgico (art. 6°) e na central de material e esterilização - CME (art. 7°).

Considera-se para tanto, o porte cirúrgico e o número de salas cirúrgicas:

> **I – Como horas de assistência de enfermagem, por cirurgia no período eletivo:**
> 1) 1,4 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 1;
> 2) 2,9 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 2;
> 3) 4,9 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 3;
> 4) 8,4 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 4.
> [...]

> **III – Como tempo de limpeza, por cirurgia:**
>
> 1) Cirurgias eletivas – 0,5 horas;
> 2) Cirurgias de urgência e emergência – 0,6 horas.
>
> **IV – Como tempo de espera, por cirurgia:**
>
> 1) 0,2 horas por cirurgia.
>
> **V – Como proporção profissional/categoria, nas 24 horas:**
>
> a) Relação de 1 enfermeiro para cada três salas cirúrgicas (eletivas);
>
> b) Enfermeiro exclusivo nas salas de cirurgias eletivas e de urgência/emergência de acordo com o grau de complexidade e porte cirúrgico;
>
> c) Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de enfermagem para cada sala como circulante (de acordo com o porte cirúrgico);
>
> d) Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de enfermagem para a instrumentação (de acordo com o porte cirúrgico). (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Quanto ao enfermeiro, a norma orienta que exista no mínimo um profissional por turno de funcionamento da unidade cirúrgica, além do enfermeiro responsável.

Já para a CME, a carga de trabalho dos profissionais de enfermagem deve ser fundamentada na produção da unidade multiplicada pelo tempo padrão das atividades realizadas, conforme estabelecido na figura 5.

Figura 5: Tempo de trabalho estimado por atividade realizada pela equipe de enfermagem

ÁREA	DESCRIÇÃO DE ATIVIDADES	TEMPO PADRÃO	
		Minuto	Hora
Suja ou contaminada (expurgo)	Recepção e recolhimento dos materiais contaminados *	2	0,033
	Limpeza dos materiais *	2	0,033
Controle de materiais em consignação	Recepção dos materiais em consignação *	6	0,1
	Conferência dos Materiais Consignados após cirurgia *	9	0,15
	Devolução dos materiais em consignação *	3	0,05
Preparo de materiais	Secagem e distribuição dos materiais após limpeza *	3	0,05
	Inspeção, teste, separação e secagem dos materiais *	3	0,05
	Montagem e embalagem dos materiais *	3	0,05
	Montagem dos materiais de assistência ventilatória *	2	0,033
Esterilização de materiais	Montagem da carga de esterilização **	8	0,133
	Retirada da carga estéril e verificação da esterilização **	3	0,05
Armazenamento e distribuição de materiais	Guarda dos Materiais **	4	0,066
	Montagem dos carros de transporte das unidades ***	5	0,083
	Organização e controle do ambiente e materiais estéreis *	1	0,016
	Distribuição dos materiais e roupas estéreis *	2	0,033

Fonte: Conselho Federal de Enfermagem (2017).

3 METODOLOGIA

A ciência caracteriza-se pela utilização de métodos dirigidos ao conhecimento sistemático do objeto e capazes de serem submetidos à verificação. Conforme Lakatos e Marconi (2017, p. 79): “[...] não há ciência sem o emprego de métodos científicos”.

3.1 Classificação do estudo

Ainda de acordo com Lakatos e Marconi (2017, p. 107), considerando o tipo de abordagem, o método científico pode ser dividido em: indutivo, dedutivo, hipotético-dedutivo ou dialético. No estudo, o método utilizado foi o dedutivo, pois a partir de regras ou normas gerais relacionadas aos estabelecimentos de saúde, os conhecimentos obtidos foram aplicados no estudo de caso específico, ou seja, o bloco cirúrgico da POMED, pertencente ao sistema de saúde do CBMDF.

Conforme Prodanov e Freitas (2013), a classificação da pesquisa conforme seu tipo e características é aberta, podendo ser utilizada de forma concomitante, visto que uma mesma pesquisa pode adotar vários tipos, embora um deles irá predominar.

Do ponto de vista da natureza, o presente trabalho foi classificado como pesquisa aplicada, pois objetivou produzir um conhecimento que poderá ser aplicado na prática, para contribuir na solução de um problema específico e de interesse local administrativo do sistema de saúde da corporação.

Em relação à forma de abordagem, trata-se de pesquisa predominantemente qualitativa, onde o objetivo principal foi analisar as questões no ambiente onde se encontram, não tendo como prioridade numerar ou medir. Contudo, pode-se dizer que existiram traços de uma abordagem quantitativa quando procurou-se analisar o banco de dados das cirurgias autorizadas e suas características matemáticas como quantidade, média e valores financeiros.

Em relação ao seu objetivo ou fim, a pesquisa foi classificada como descritiva, pois não houve interferência do pesquisador, os dados foram coletados,

observados e analisados sem manipulação para serem expostos, classificados e interpretados. Também possui certo caráter exploratório, visto que através de levantamento documental, bibliográfico, experiência prática e pesquisa de campo objetivou-se explicitar o problema e construir hipóteses para explicá-lo.

Quanto aos procedimentos técnicos, trata-se de pesquisa documental, já que foram feitos levantamentos sobre legislação, pareceres e normas relacionadas ao funcionamento de serviços de saúde para aplicá-los ao caso estudado. Em relação ao levantamento de dados primários no sistema SaudeWeb[3], também se trata de procedimento documental.

Quanto ao procedimento de coleta e análise dos dados, o trabalho foi composto das etapas pormenorizadas adiante.

3.2 Coleta de dados

Com base nas normas federais e do conselho de classe que regem o funcionamento de estabelecimentos de saúde, foi determinada a complexidade dos procedimentos passíveis de serem realizados na nova estrutura de centro cirúrgico da POMED.

Foi realizada uma pesquisa de campo para identificar as carências do novo centro cirúrgico da POMED em relação à estrutura física, equipamentos e recursos humanos que possam impactar em seu funcionamento pleno.

Foi feita uma pesquisa de todas as cirurgias autorizadas pela Seção de Auditoria da Diretoria de Saúde para serem realizadas na rede credenciada de saúde durante o período compreendido entre 1º de janeiro de 2019 e 30 de junho de 2019, num total de 6 meses completos. Foram utilizadas as seguintes fontes de pesquisa:

1. Sistema corporativo SaudeWeb;
2. Planilha eletrônica do LibreOffice da subseção de OPME[4];
3. Processos físicos de autorização de cirurgias arquivados na

[3] Sistema eletrônico de controle de autorização de guias para procedimentos médicos do CBMDF.
[4] Órteses, próteses e materiais especiais

SEAUD.

Os dados encontrados foram compilados no programa de planilha eletrônica Excel do pacote Microsoft Office. Para cada paciente foram recuperadas as seguintes informações: nome completo, categoria (titular ou dependente), data da autorização do procedimento, diagnóstico pela tabela CID 10[5], nome do estabelecimento hospitalar, códigos de cada procedimento cirúrgico liberado de acordo com a tabela TUSS[6], nome, CRM e especialidade do médico solicitante, valores cotados para OPME e valores calculados de honorários médicos da equipe cirúrgica separados por função (cirurgião e auxiliares) e da equipe anestésica.

Foram considerados objetos prioritários do estudo: procedimentos de maior relevância (maior volume e maior custo financeiro) especialidades cirúrgicas mais demandadas e procedimentos exequíveis na estrutura da POMED.

3.3 Análise de dados

Foi definido o público alvo das autorizações para cirurgia na rede credenciada e determinadas algumas características de tal grupo, dentre as quais: número de pacientes, grau de dependência dos pacientes com o CBMDF, estabelecimentos de saúde demandados, especialidades cirúrgicas demandadas e distribuição mensal das autorizações.

Foram definidas as 10 especialidades que possuíam maior número de pacientes, em contraposição à classificação de número de procedimentos por especialidade. Também foi definido o número de procedimentos autorizados por paciente em cada uma das 10 especialidades mais demandadas.

Foram definidos como procedimentos de maior relevância para o sistema de saúde do CBMDF aqueles que têm maior impacto, seja pelo quantitativo ou pelo custo financeiro. Foram considerados os seguintes critérios:

---

[5] A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde é uma padronização de doenças e outros problemas relacionados à saúde, confeccionada pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

[6] A Terminologia Unificada da Saúde Suplementar é uma padronização dos códigos e nomenclaturas dos procedimentos médicos, realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

- os 10 procedimentos autorizados com maior frequência e os valores dos honorários médicos calculados por procedimento;

- os 10 procedimentos com os maiores valores de honorários médicos e o número de autorizações de cada procedimento.

Para definição dos procedimentos exequíveis na estrutura da POMED, foi utilizada a portaria do CFM nº 1.886/2008 que regula as internações de curta permanência. Da portaria, utilizaram-se os requisitos que dizem respeito a quais os tipos de pacientes elegíveis, os tipos de anestesia possíveis, as características das cirurgias permitidas, os equipamentos e materiais necessários e a equipe médica recomendada.

Foram definidos o volume de pacientes que poderiam ser operados na POMED e o volume de procedimentos correspondentes. Tais procedimentos foram classificados em relação às 10 especialidades mais demandadas. Posteriormente, foram enumerados os cinco procedimentos mais autorizados nas especialidades de ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, urologia, cirurgia geral, cirurgia vascular e ginecologia e obstetrícia.

Foram calculados os gastos com honorários médicos dos procedimentos cirúrgicos autorizados e que preenchem os critérios de elegibilidade para realização no centro cirúrgico da POMED.

Para a estimativa do volume potencial de procedimentos a serem realizados no centro cirúrgico da POMED, foi estipulado um tempo médio de cirurgia de uma hora por paciente; 30 minutos de intervalo entre os procedimentos para limpeza, desinfecção e organização da sala cirúrgica; ocupação das três salas cirúrgicas durante dois períodos de trabalho de 4 horas cada (manhã e tarde); presença de um cirurgião, um médico auxiliar e um médico anestesista na primeira sala cirúrgica por período; presença de um cirurgião, um médico auxiliar e um médico anestesista na segunda sala cirúrgica por período e presença de um cirurgião e um médico anestesista na terceira sala cirúrgica por período. Com esta conformação de equipe médica por sala, seria possível realizar cirurgias de médio porte em duas salas e cirurgias de pequeno porte na terceira sala, onde o auxiliar do cirurgião estaria dispensado.

Baseado nos dados acima, foi estimada a economia com os honorários médicos, tanto de equipe cirúrgica quanto anestésica, caso os procedimentos elegíveis fossem realizados no centro cirúrgico da POMED.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados

4.1.1 Enquadramento da estrutura da POMED

De acordo com o Ministério de Saúde (2001), em sua Portaria n° 44, a POMED, com sua estrutura atual, é um tipo de estabelecimento de saúde classificado como Hospital Dia e, segundo o Conselho Federal de Medicina (2008) em sua Resolução n° 1.886, é mais especificamente caracterizada como Unidade de Saúde do tipo III. Em linhas gerais, é um estabelecimento que proporciona a realização de procedimentos cirúrgicos em uma situação intermediária entre os regimes ambulatorial e de internação. Neste tipo de estabelecimento, durante a realização das cirurgias, o paciente pode ser submetido a anestesias loco-regionais, sedação e anestesia geral com medicamentos de rápida eliminação pelo organismo, para que ele possa se recuperar rapidamente e tenha condições de receber alta no mesmo dia do procedimento.

Neste tipo de estabelecimento, os pacientes podem ser observados no pós-operatório durante um período de no máximo 24 horas. No caso da POMED, como não foi idealizada para funcionar ininterruptamente, não há equipes médica e de enfermagem trabalhando 24 horas, 7 dias por semana. Além disso, não possui serviços de apoio essenciais e ininterruptos como o de nutrição e dietética para suporte a pacientes, acompanhantes e funcionários. Portanto, a permanência dos pacientes é restrita ao período diurno. Caso algum paciente não tenha condições de alta hospitalar até o final do dia, deverá ser transportado para algum hospital de referência (de maior porte) para completar sua fase de convalescença pós-operatória imediata.

4.1.2 Pesquisa de campo

A visita ao bloco cirúrgico da POMED, realizada no dia 11 de dezembro de 2019, teve a finalidade de verificar a estrutura existente e identificar as carências que possam limitar a realização de procedimentos cirúrgicos.

Foram avaliados 3 aspectos da estrutura existente: estrutura física, dimensionamento da equipe de enfermagem e existência de equipamentos e materiais.

Em relação à estrutura física, foi verificado que nos pontos de parede à beira do leito não há alimentação de gases medicinais (oxigênio, óxido nitroso, ar comprimido e dióxido de carbono) e vácuo clínico, tanto nas salas cirúrgicas, na sala de recuperação pós-anestésica quanto na enfermaria. Os elevadores da POMED não estão em funcionamento, portanto, o acesso até o primeiro pavimento, onde estão localizados o centro cirúrgico e a enfermaria, é obrigatoriamente feito por três lances de escada, construída para saída de emergência.

Quanto ao pessoal, atualmente o bloco cirúrgico conta com 3 praças que desempenham todas as funções relacionadas a área de enfermagem. Preparam a sala cirúrgica, realizam a desinfecção e esterilização do material cirúrgico, recepcionam os pacientes no bloco cirúrgico e os auxiliam no transporte interno entre a sala cirúrgica, recuperação pós-anestésica e alta para a enfermaria ou para o domicílio. Este número de pessoas tem sido suficiente para oferecer cerca de 3 ou 4 turnos de cirurgias por semana com anestesia local e sem necessidade de observação do paciente no pós-operatório.

Relativamente aos equipamentos, não existem carros de anestesia nas salas cirúrgicas para realizar a ventilação e monitoração das funções vitais durante o intraoperatório. Na sala de recuperação pós-anestésica e enfermaria, não existe carro de parada para atender emergências relacionadas ao ato cirúrgico e anestésico, como parada cardíaca ou insuficiência respiratória, nem mesmo monitores para monitoração de sinais vitais. Nas salas de cirurgia, faltam mesas cirúrgicas em duas das três salas existentes. Não existem aparelhos de radioscopia e de ultrassonografia, importantes equipamentos de apoio para alguns procedimentos especializados de anestesia, urologia, ortopedia e cirurgia vascular.

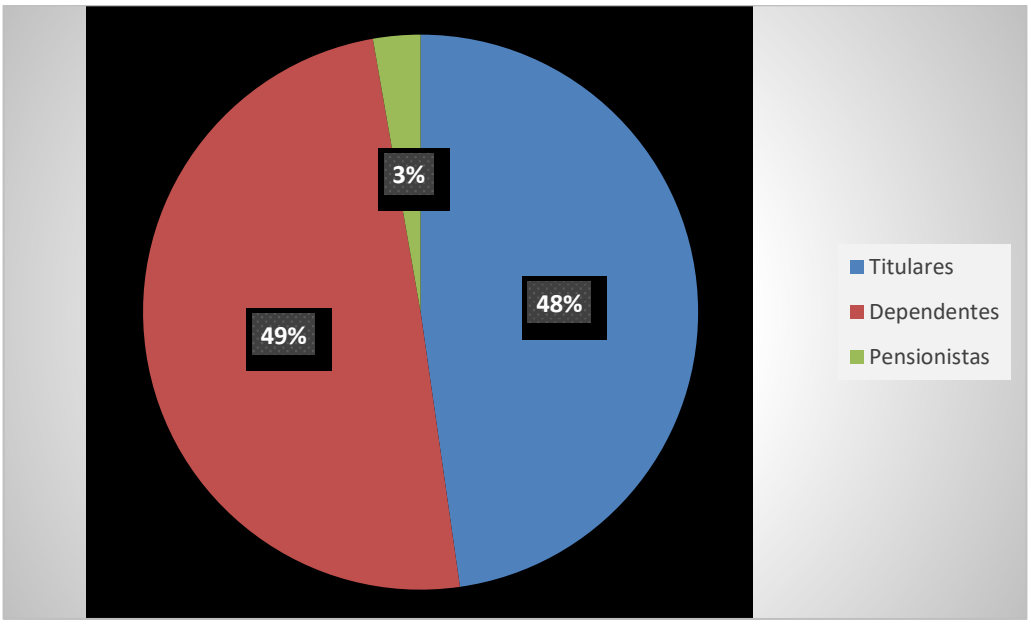
Sobre os materiais, não há sala de farmácia com estoque de medicamentos para anestesia e materiais de consumo utilizados em cirurgia e anestesia, como ataduras, gazes, compressas, agulhas de anestesia peridural e raquidiana, fio cirúrgico, lâminas, drenos, entre diversos outros.

4.1.3 Cirurgias autorizadas na rede credenciada de saúde do CBMDF

No período de 1º de janeiro de 2019 a 30 de junho de 2019, foram emitidas autorizações para a realização de 1.698 procedimentos em 850 pacientes, o que equivale a uma média de aproximadamente 2 códigos de procedimentos para cada paciente. Tais procedimentos foram autorizados para clínicas e hospitais pertencentes a rede credenciada ao CBMDF e são especificados pelo código TUSS.

Quanto à condição dos pacientes junto ao CBMDF, das 1.698 autorizações, 47,7% foram para militares da corporação, aqui denominados titulares, 49,5% para dependentes de qualquer grau e 2,8% para pensionistas, conforme apresentado na figura 6.

Figura 6 – Distribuição dos pacientes quanto à condição em relação ao CBMDF



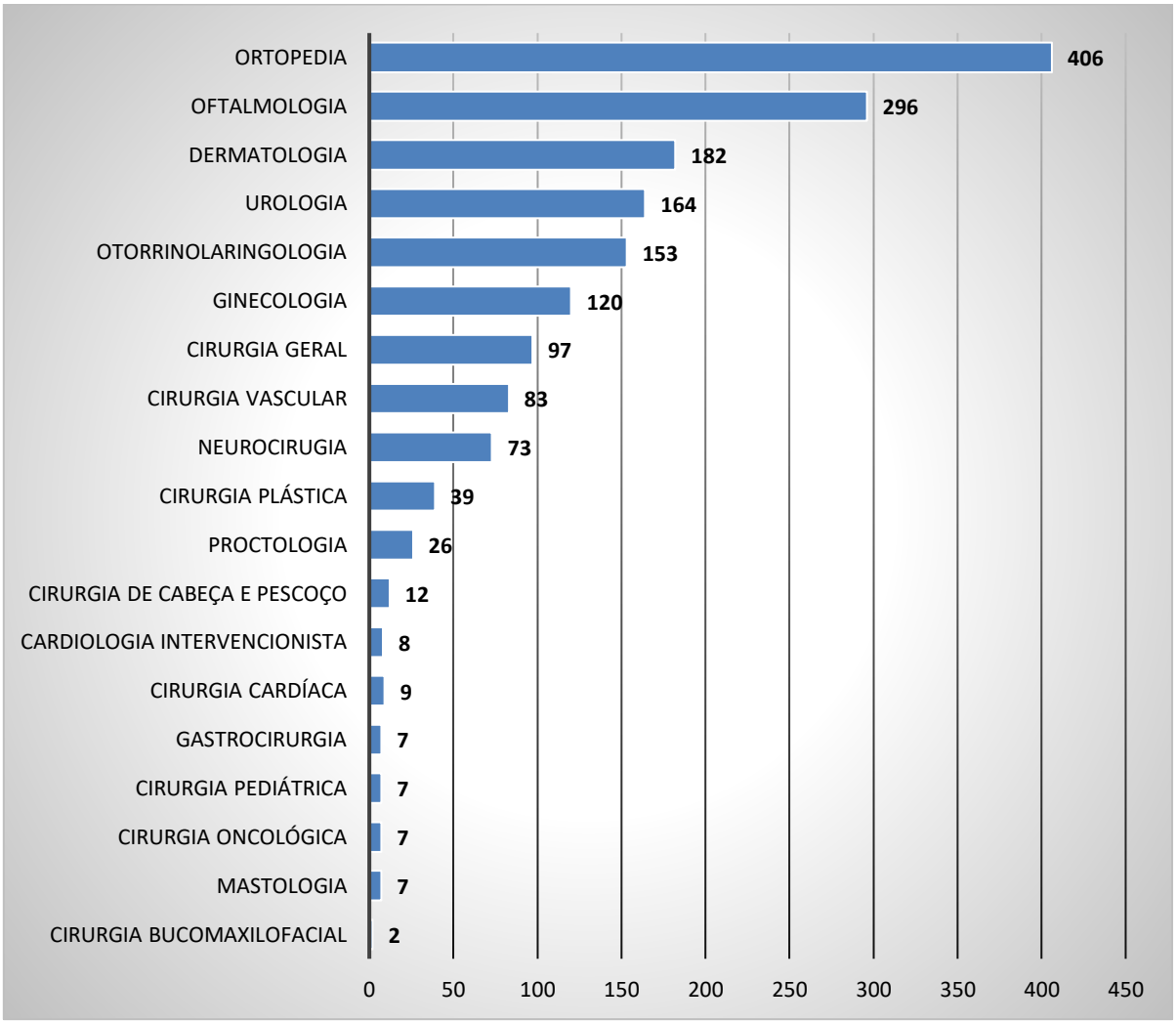
Fonte: o autor.

Notas: 1 “Titulares” correspondem aos militares do CBMDF em atividade ou inativos.
2 “Dependentes” podem ser de grau 1, 2 e 3, conforme o parentesco com o titular.

Em relação aos 1.698 códigos cirúrgicos autorizados para serem realizados na rede credenciada, foram encontrados 349 códigos diferentes, pertencentes a 18 especialidades da área médica e a uma especialidade odontológica – cirurgia bucomaxilofacial. As especialidades com maior número de procedimentos autorizados estão mostradas em ordem decrescente na figura 7, sendo as cinco primeiras representadas pela ortopedia, oftalmologia, dermatologia, urologia e

otorrinolaringologia. Estas cinco especialidades citadas, englobam 70,7% do total de procedimentos autorizados. As duas primeiras, ortopedia e oftalmologia, são responsáveis por 41,3% de todos os códigos autorizados.

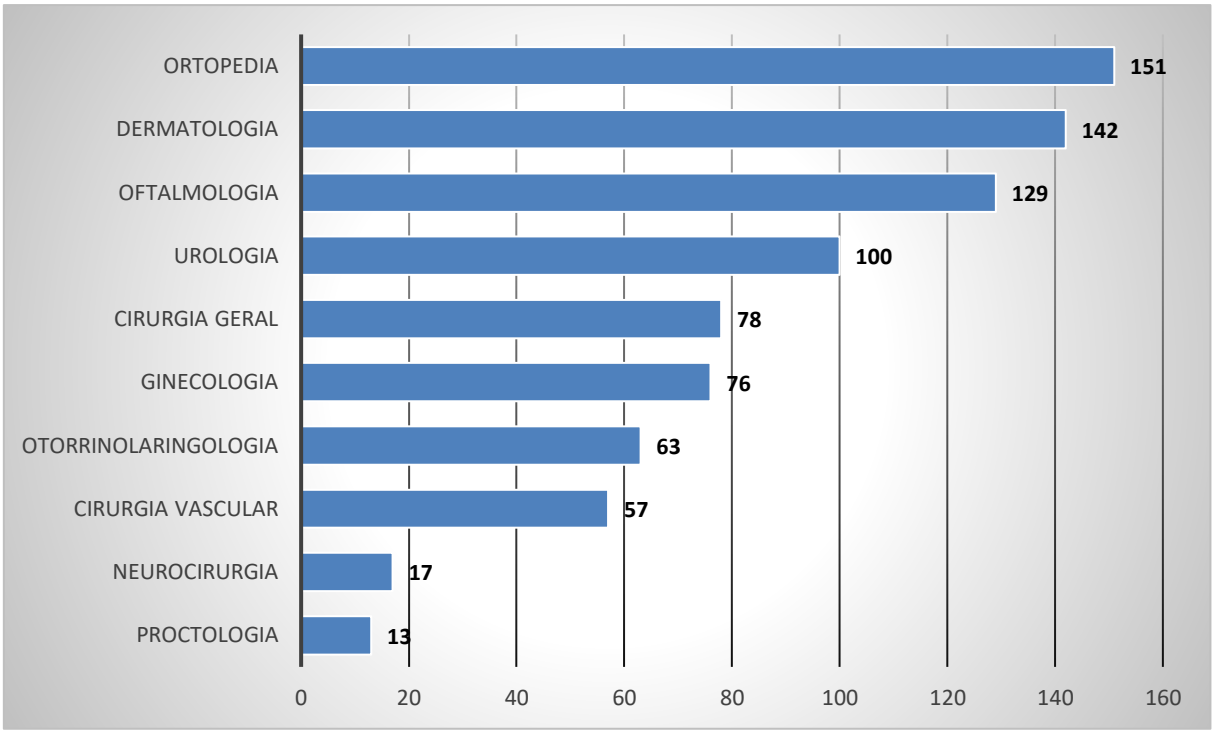
Figura 7 – Número de procedimentos cirúrgicos autorizados separados por especialidades



Fonte: o autor.

Quando se considera o número de pacientes que receberam autorizações para procedimentos cirúrgicos, as cinco especialidades com maior quantitativo foram ortopedia, dermatologia, oftalmologia, urologia e cirurgia geral, conforme representado na figura 8.

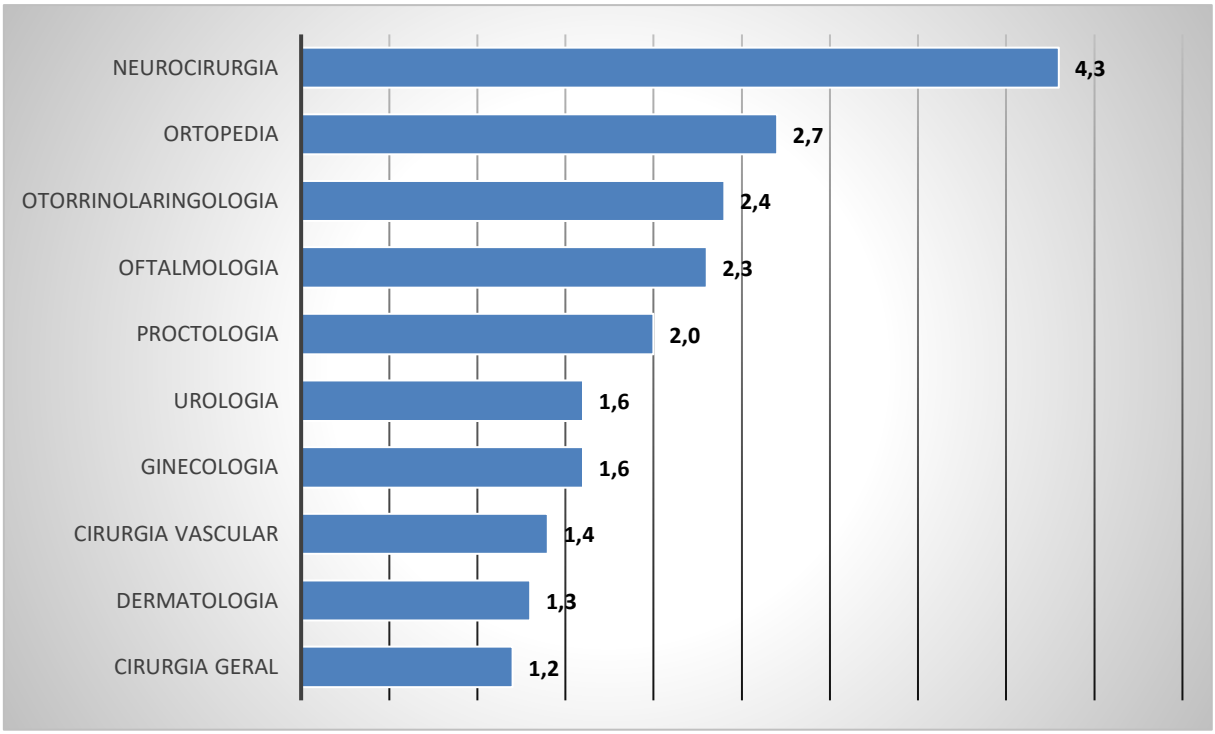
Figura 8 – As 10 especialidades com maior número de pacientes que receberam autorização para procedimentos cirúrgicos



Fonte: o autor.

Interligando as informações das duas últimas séries de dados, ou seja, número de procedimentos autorizados por especialidade e número de pacientes que receberam tais autorizações, observa-se que a especialidade que mais teve procedimentos autorizados por paciente foi a neurocirurgia, com a média de 4,3 códigos cirúrgicos. A seguir, tem-se as especialidades de ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia e proctologia, com a média de 2 a 3 autorizações de procedimentos por paciente, conforme representado na figura 9.

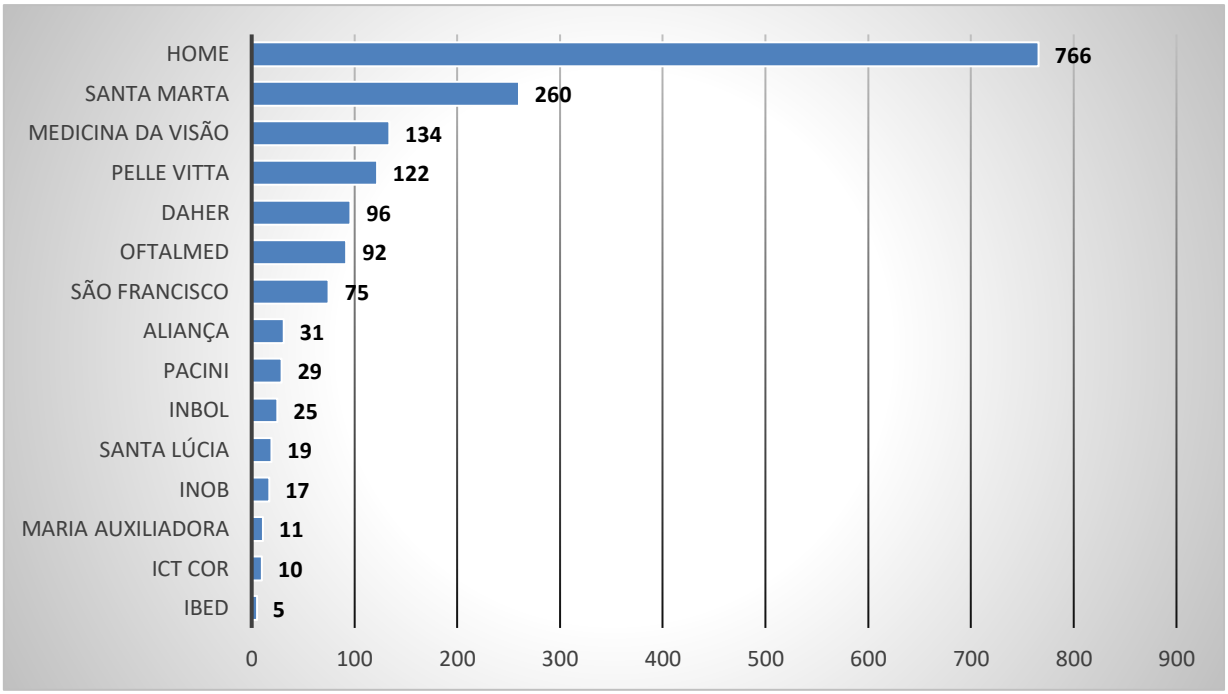
Figura 9 – Número de procedimentos autorizados por paciente em cada uma das 10 especialidades mais demandadas



Fonte: o autor.

Quanto aos estabelecimentos de saúde, foram encontradas solicitações de procedimentos para um total de 15 nosocômios, sendo que 45% e 15% destas solicitações eram respectivamente para os hospitais HOME e Santa Marta, conforme a figura 10.

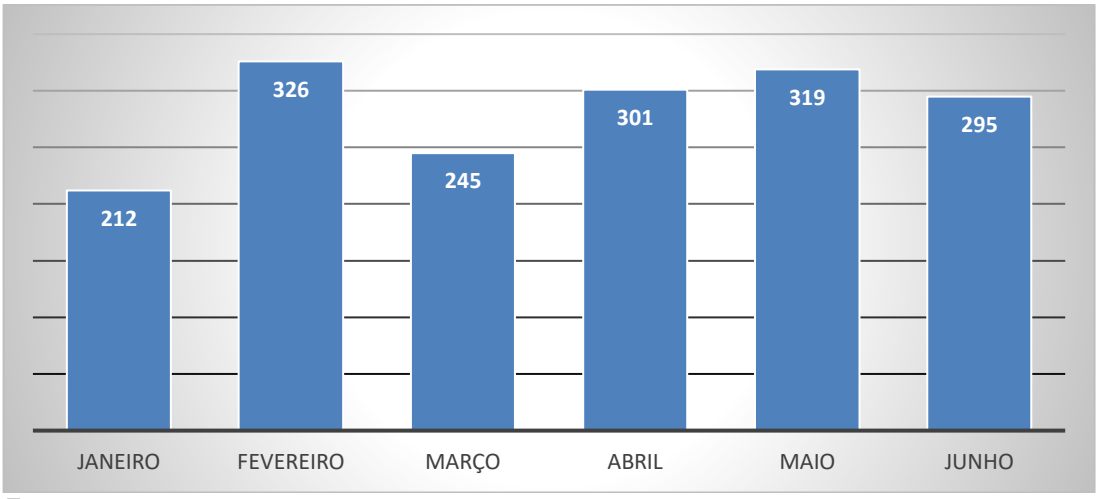
Figura 10 – Quantidade de procedimentos autorizados por estabelecimento de saúde da rede credenciada do CBMDF



Fonte: o autor.

Na figura 11, está registrado o número de procedimentos autorizados em cada mês referente ao primeiro semestre de 2019. Janeiro foi o mês com o menor número e fevereiro o mês em que houve maior número de autorizações.

Figura 11 – Quantidade de procedimentos autorizados por mês durante o primeiro semestre de 2019



Fonte: o autor.

4.1.3.1 Procedimentos autorizados com maior frequência

Os 10 procedimentos cirúrgicos autorizados com maior frequência pela SEAUD estão representados na tabela 1. Os três primeiros pertencem à especialidade de oftalmologia, correspondendo a 15,8% do total de procedimentos. O quarto, sexto e nono lugares, pertencem à dermatologia, correspondendo a 7,6% do total de procedimentos. O sétimo e o décimo lugares correspondem a procedimentos de otorrinolaringologia, e perfazem 4,4% do total de procedimentos.

Tabela 1 – Dez procedimentos autorizados pela SEAUD com maior frequência no 1º semestre de 2019

N° (1)	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT. (2)	HM (R$) (3)	TOTAL (R$)
1	30306027	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação	148	1.637,46	242.344,08
2	30303060	Pterígio - exérese	63	559,00	35.217,00
3	30303010	Autotransplante conjuntival	58	792,05	45.938,90
4	30101298	Eletrocoagulação de lesões de pele e mucosas	53	78,00	4.134,00
5	30907136	Varizes - tratamento cirúrgico de dois membros	46	3.056,00	140.576,00
6	30101921	Exérese e sutura de hemangioma, linfangioma ou nevus	44	162,50	7.150,00
7	30501458	Turbinectomia ou turbinoplastia - unilateral	43	454,00	19.522,00
8	31103472	Retirada endoscópica de duplo J	38	284,00	10.792,00
9	30101468	Exérese de lesão / tumor de pele e mucosas	33	75,00	2.475,00
10	30501539	Septoplastia por videoendoscopia	32	2.542,00	81.344,00

Fonte: o autor.

(1) Ordem decrescente de classificação do procedimento em relação à sua quantidade.
(2) Quantidade de autorizações dos procedimentos.
(3) Soma dos valores de honorários médicos da equipe cirúrgica e anestésica.

4.1.3.2 Procedimentos autorizados que possuíam os maiores custos

Os 10 procedimentos autorizados que possuíam os maiores custos em relação aos honorários médicos, ou seja, a soma dos valores de cirurgião, anestesista e auxiliares, estão mostrados na tabela 2, em ordem decrescente e correspondem a procedimentos principalmente das áreas de cirurgia cardíaca e neurocirurgia.

Tabela 2 – Dez procedimentos autorizados pela SEAUD com maior custo em relação a soma dos honorários médicos de equipe cirúrgica e de equipe anestésica no 1° semestre de 2019

N°	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT.	HM (R$)	TOTAL (R$)
1	30902053	Troca valvar cardíaca	2	16.158,00	32.316,00
2	30904021	Implante de desfibrilador cardíaco	1	11.408,92	11.408,92
3	31401171	Microcirurgia vascular intracraniana	1	7.848,00	7.848,00
4	31303226	Histerectomia total laparoscópica	4	7.414,40	29.657,60
5	31401155	Microcirurgia para tumores intracranianos	2	6.998,00	13.996,00
6	30724279	Revisão de artroplastia de quadril	1	6.645,50	6.645,50
7	31005039	Anastomose bilio-digestiva	1	6.434,00	6.434,00
8	31101550	Nefrectomia radical videolaparoscópica	2	6.281,00	12.562,00
9	31201148	Prostatovesiculectomia radical	3	5.936,00	17.808,00
10	30738040	Tratamento do impacto femoro-acetabular	1	5.936,00	5.936,00

Fonte: o autor.

4.1.3.3 Procedimentos passíveis de serem realizadas na POMED

Conforme disposto pelo Conselho Federal de Medicina (2008), os pacientes a serem operados na POMED devem ser saudáveis ou possuírem doenças crônicas clinicamente controladas; as cirurgias devem ser de pequeno a médio porte; não deve haver previsão de sangramento volumoso no intraoperatório; as incisões e explorações cirúrgicas não devem acometer grandes regiões no corpo humano e o paciente deve ser capaz de receber alta hospitalar no mesmo dia da cirurgia.

Foram selecionados 1.147 procedimentos, passíveis de serem realizados na nova estrutura de centro cirúrgico da POMED, considerando seu pleno funcionamento e contando com a presença de equipes, materiais e equipamentos necessários. Estes procedimentos foram autorizados para 654 pacientes diferentes.

Os 10 procedimentos mais frequentemente autorizados são mostrados na tabela 3 e englobam principalmente as especialidades de oftalmologia e dermatologia, seguidas pela otorrinolaringologia, cirurgia vascular e urologia.

Tabela 3 – Dez procedimentos mais autorizados e passíveis de serem realizados na POMED

N°	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT.	%
1	30306027	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação	148	12,9
2	30303060	Pterígio - exérese	63	5,5
3	30303010	Autotransplante conjuntival	58	5,0
4	30101298	Eletrocoagulação de lesões de pele e mucosas	53	4,6
5	30907136	Varizes - tratamento cirúrgico de dois membros	46	4,0
6	30101921	Exérese e sutura de hemangioma, linfangioma ou nevus	44	3,8
7	30501458	Turbinectomia ou turbinoplastia - unilateral	42	3,7
8	31103472	Retirada endoscópica de duplo J	38	3,3
9	30101468	Exérese de lesão / tumor de pele e mucosas	33	2,9
10	30501539	Septoplastia por videoendoscopia	32	2,8
TOTAL			557 (1147)	48,6

Fonte: o autor.

Do universo de procedimentos passíveis de serem realizados na POMED, foram separados os cinco mais comuns de cada uma das especialidades com maior quantidade de autorizações, representando 75,4%. Tais procedimentos estão listados mais adiante nas tabelas de número 4 a 11.

Em ortopedia, os procedimentos relacionados ao tratamento artroscópico das lesões ligamentares de joelho foram os mais comumente autorizados, representados na tabela 4 pelos itens 1, 2 e 5.

Tabela 4 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Ortopedia e passíveis de serem realizados na POMED

N°	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT.	%
1	30733073	Reconstrução, retencionamento ou reforço do ligamento cruzado anterior ou posterior	22	15,4
2	30733049	Osteocondroplastia	16	11,2
3	30713137	Punção articular	12	8,4
4	30731097	Tenólise no túnel osteofibroso	12	8,4
5	30731216	Transposição de mais de 1 tendão	12	8,4
TOTAL			74 (143)	51,7

Fonte: o autor.

Na especialidade de oftalmologia, o procedimento mais demandado é a facectomia (item 1), cuja finalidade é o tratamento de catarata. A seguir, tem-se os

itens 2 e 3, que correspondem ao tratamento do pterígio, conforme disposto na tabela 5.

Tabela 5 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Oftalmologia e passíveis de serem realizados na POMED

N°	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT.	%
1	30306027	Facectomia com lente intra-ocular com facoemulsificação	148	50,0
2	30303060	Pterígio - exérese	63	21,3
3	30303010	Autotransplante conjuntival	58	19,6
4	30307120	Vitrectomia	3	1,0
5	30307066	Membranectomia	3	1,0
TOTAL			275 (296)	92,9

Fonte: o autor.

Na área de otorrinolaringologia, os procedimentos relacionados à cavidade nasal foram os dois mais comuns, seguidos pelos procedimentos para tratamento das patologias de laringe – amígdalas e adenoides, conforme a tabela 6.

Tabela 6 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Otorrinolaringologia e passíveis de serem realizados na POMED

N°	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT.	%
1	30501458	Turbinectomia ou turbinoplastia - unilateral	41	27,7
2	30501539	Septoplastia por videoendoscopia	31	20,9
3	30205050	Amigdalectomia	17	11,5
4	30205271	Adenoidectomia por videoendoscopia	15	10,1
5	30502322	Sinusectomia maxilar	9	6,1
TOTAL			113 (148)	76,3

Fonte: o autor.

Com relação à dermatologia, quase todos os procedimentos estão relacionados ao diagnóstico e às diferentes formas de remoção das lesões de pele, sejam elas de origem benigna ou maligna, de acordo com a tabela 7.

Tabela 7 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Dermatologia e passíveis de serem realizados na POMED

N°	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT.	%
1	30101298	Eletrocoagulação de lesões de pele	53	29,3
2	30101921	Exérese e sutura de lesão de pele	40	22,1
3	30101468	Exérese de tumor de pele	31	17,1
4	20104073	Crioterapia	21	11,6
5	30101077	Biópsia de pele	10	5,5
TOTAL			155 (181)	85,6

Fonte: o autor.

Na urologia, os procedimentos são bem variados, sendo o principal deles a remoção de cateter duplo J do sistema urinário, implantado no momento do tratamento cirúrgico dos cálculos urinários. Os itens de número 2 e 3 relacionam-se a procedimentos de investigação para patologias de próstata, bexiga e uretra; o item 4 ao tratamento da fimose e o item 5 ao planejamento familiar e esterilização definitiva, como visto na tabela 8.

Tabela 8 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Urologia e passíveis de serem realizados na POMED

N°	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT.	%
1	31103472	Retirada endoscópica de duplo J	38	27,3
2	31201040	Biópsia prostática – mais de 8 fragmentos	20	14,4
3	40201066	Cistoscopia e ou uretroscopia	17	12,2
4	31206220	Postectomia	11	7,9
5	31205070	Cirurgia esterilizadora masculina	8	5,7
TOTAL			94 (139)	67,6

Fonte: o autor.

Quanto a especialidade de cirurgia geral, a grande maioria dos códigos liberados foram para tratamento de calculose da vesícula biliar – itens 1 e 3. Os demais códigos são relacionados ao tratamento dos diferentes tipos de hérnias da parede abdominal, conforme a tabela 9.

Tabela 9 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Cirurgia Geral e passíveis de serem realizados na POMED

N°	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT.	%
1	31005497	Colecistectomia sem colangiografia por videolaparoscopia	18	21,2
2	31009166	Herniorrafia umbilical	17	20,0
3	31005470	Colecistectomia com colangiografia por videolaparoscopia	15	17,6
4	31009336	Herniorrafia inguinal – unilateral por videolaparoscopia	9	10,6
5	31009115	Herniorrafia inguinal - unilateral	8	9,4
TOTAL			67 (85)	78,8

Fonte: o autor.

Na cirurgia vascular, a grande maioria das cirurgias liberadas são para tratamento de varizes dos membros inferiores, conforme exposto na tabela 10.

Tabela 10 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de Cirurgia Vascular e passíveis de serem realizados na POMED

N°	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT.	%
1	30907136	Varizes (2 membros)	46	76,7
2	30908094	Fístula arteriovenosa	3	5,0
3	30913128	Retirada de cateter	3	5,0
4	30908027	Fístula arteriovenosa - com enxerto	1	1,7
5	30907071	Fulguração de telangiectasias	1	1,7
TOTAL			54 (60)	90,0

Fonte: o autor.

Em relação à ginecologia e obstetrícia, a principal demanda é para o exame da cavidade uterina por endoscopia, seguida pela cirurgia para tratamento de incontinência urinária feminina e por último a correção de anormalidades do assoalho pélvico, conforme exposto na tabela 11.

Tabela 11 – Cinco principais procedimentos autorizados na especialidade de ginecologia e obstetrícia e passíveis de serem realizados na POMED

N°	TUSS	PROCEDIMENTO	QUANT.	%
1	31303188	Histeroscopia	18	42,8
2	31103332	Incontinência urinária - sling	6	14,3
3	31302050	Colpoplastia posterior	5	11,9
4	31304010	Esterilização tubária	2	4,8
5	31306012	Correção de defeito lateral	2	4,8
TOTAL			33 (42)	78,6

Fonte: o autor.

4.1.3.3.1 Gastos na rede credenciada, na rede interna e economia

Os valores de honorários médicos autorizados para a realização de procedimentos que poderiam ser executados na POMED totalizaram R$ 1.158.090,89 no período estudado. Na tabela 12, foram elencados os oito maiores gastos, por especialidade, englobando 93% do valor total nas 18 especialidades.

Tabela 12 – Gastos com honorários médicos de procedimentos passíveis de serem realizados na POMED, nas principais especialidades, no período de janeiro a junho de 2019

ESPECIALIDADE	VALOR (R$)
Oftalmologia	359.730,48
Otorrinolaringologia	177.675,47
Cirurgia geral	171.876,70
Cirurgia vascular	154.800,04
Ortopedia	79.085,30
Urologia	62.324,59
Ginecologia e obstetrícia	51.485,57
Dermatologia	19.091,85
TOTAL	1.076.070,00

Fonte: o autor.

Para o cálculo estimado dos gastos com a equipe médica da POMED, conforme definido na metodologia do trabalho, tem-se que, para o funcionamento de cada uma das salas cirúrgicas, é preciso de no mínimo 2 médicos, sendo um cirurgião e um anestesista. Foram consideradas 2 salas funcionando com 3 médicos e outra com 2 médicos por turno de trabalho (manhã e tarde). Assim, são necessários 8

médicos por turno e 16 médicos por dia (2 turnos) para o funcionamento pleno das três salas. Considerando um ganho médio bruto de um médico da corporação no posto de Major, considerando 20 dias de trabalho por mês, tem-se um gasto de aproximadamente R$ 1.000,00 por dia de trabalho para cada médico e consequentemente R$ 16.000,00 por dia de trabalho para os 16 médicos estipulados.

Ainda conforme definido na metodologia, considerando a duração de 1 hora por procedimento e intervalo de 30 minutos entre as cirurgias para o preparo das salas, ter-se-ia um número de 3 pacientes operados por sala e por turno de trabalho ou 18 pacientes por dia. Considerando que 654 pacientes autorizados a serem operados na rede credenciada poderiam ser operados na POMED e considerando a taxa de 18 pacientes operados por dia, seriam necessários 37 dias para que todos estes pacientes fossem operados. Nestes 37 dias de trabalho dos 16 médicos da corporação, seriam gastos R$ 592.000,00 equivalentes a honorários de equipe cirúrgica. Portanto, para os procedimentos considerados, teríamos uma economia aproximada de R$ 566.090,89 somente em honorários médicos.

4.2 Discussão

O objetivo geral do trabalho era determinar o rol de procedimentos cirúrgicos factíveis, considerando a estrutura física e recursos humanos do novo centro cirúrgico da POMED e baseando-se nas regulamentações vigentes.

Após a análise criteriosa dos resultados, contata-se que dos 1.698 procedimentos cirúrgicos autorizados no 1° semestre de 2019 para serem realizados na rede credenciada de saúde do CBMDF, 1.147 poderiam ser feitos no novo centro cirúrgico da POMED, o que beneficiaria 654 pacientes.

Esta proporção de procedimentos, ou seja, 67%, corresponde ao indicado por Fischer e Zechmeister-Koss (2014) como a taxa total de cirurgias ambulatoriais encontrada nos Estados Unidos. Vale ressaltar que a indicação do local onde será feita a cirurgia é de responsabilidade do médico que assiste o paciente, já que a ele compete a responsabilidade de assegurar condições indispensáveis para realização do ato cirúrgico, conforme assinala o Conselho Federal de Medicina (1998a). Portanto, além de se basear na estrutura do serviço, o médico assistente

pode contraindicar a realização de algum procedimento em regime ambulatorial devido às condições da doença e sobretudo do paciente.

Ademais, a revisão e análise das normatizações de cirurgia em regime de hospital dia e internações de curta permanência, fornece embasamento ao gestor do centro cirúrgico da POMED e ao médico assistente do paciente e permite a decisão de qual procedimento pode ser realizado na estrutura analisada. O estudo da totalidade dos procedimentos existentes, vale ressaltar que a tabela TUSS possui mais de 6.000 procedimentos cadastrados, seria inviável e de pouca importância, visto que grande parte deles não é solicitado normalmente – no período estudado, somente 349 tipos diferentes de códigos foram encontrados.

4.2.1 Discussão do objetivo específico 1

O objetivo específico 1 foi determinar em qual tipo de estabelecimento de saúde a POMED está enquadrada, baseando-se em leis, portarias e resoluções dos órgãos regulatórios competentes.

Logra-se êxito em tal objetivo específico através do estudo das portarias e normatizações relacionadas ao funcionamento dos estabelecimentos de saúde para realização de procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio porte. Foram identificados requisitos mínimos em relação ao número de pessoal, equipamentos para realização de anestesia, tipo de pacientes e de cirurgias adequadas para a estrutura.

Após elencar tais exigências e com base nas informações coletadas na visita à estrutura do novo complexo cirúrgico, foi possível enquadrar a estrutura da POMED nas exigências descritas e descobrir o tipo de estabelecimento do qual faz parte, ou seja, uma Unidade do tipo III que funciona em regime de Hospital Dia para internações de no máximo 12 horas de permanência.

Conhecendo, portanto, sobre a necessidade de equipes médicas e de enfermagem constantemente presentes para atender ao paciente internado, além de serviço de nutrição e dietética para fornecer dietas personalizadas e balanceadas para enfermos, foi mostrado que o doente não teria condições de pernoitar devendo ser liberado após um período máximo de 12 horas de sua admissão.

4.2.2 Discussão do objetivo específico 2

O segundo objetivo específico do presente trabalho foi identificar os procedimentos cirúrgicos mais autorizados pela SEAUD no período compreendido entre 1º de janeiro e 30 de junho de 2019.

Tal objetivo foi completamente satisfeito após coleta de dados na SEAUD sobre todas as autorizações para cirurgias na rede credenciada, organização e tabulação dos resultados.

Vale ressaltar que, nesta etapa do trabalho, a falta de registro informatizado adequado e sistematizado dos dados, foi uma limitação para ampliação do horizonte temporal. Todas as guias de autorização dos procedimentos foram analisadas individualmente em seu inteiro teor para que fosse possível organizar devidamente em planilha a totalidade dos dados. Grande parte do material de pesquisa era constituído por arquivos impressos em papel. Além disso, os procedimentos arquivados no sistema SaudeWeb não tem mecanismos eficientes de filtragem e emissão de relatórios e gráficos, estando as autorizações de procedimentos cirúrgicos juntas com autorizações de consultas, exames laboratoriais e de imagem.

Entre os 10 procedimentos mais frequentemente autorizados, três pertenciam à especialidade de oftalmologia, ocupantes das primeiras posições. O maior número de procedimentos foi solicitado para tratamento de catarata, doença mais incidente após a quinta década de vida. Outra característica da catarata senil é que geralmente acomete os dois olhos, elevando o número de procedimentos autorizados para tratamento, visto que cada paciente com a doença é operado 2 vezes.

Outra especialidade muito demandada foi a dermatologia, com 3 códigos na lista dos 10 mais autorizados. Todas as 3 relacionadas ao tratamento de lesões de pele benignas e malignas.

A seguir, tem-se a especialidade cirurgia vascular, com as cirurgias de varizes de membros inferiores; otorrinolaringologia, com as cirurgias de corneto nasal e plástica do septo nasal e a urologia, com os procedimentos para retirada de cateter

duplo J, geralmente efetuados após as cirurgias de tratamento não invasivo dos cálculos urinários.

4.2.3 Discussão do objetivo específico 3

O objetivo específico número 3 era determinar quais as necessidades de pessoal e equipamentos para o pleno funcionamento da estrutura física do centro cirúrgico da POMED.

Atingido êxito com tal objetivo após pesquisa de campo ao novo complexo cirúrgico da POMED após a reforma de sua estrutura.

Quanto a estrutura física, conforme observado nas resoluções 1.886/2008 e 1.802/2006 do CFM, analisadas nos itens 2.4.2 e 2.4.5 da revisão de literatura, é obrigatório o fornecimento contínuo de gases medicinais (oxigênio, óxido nitroso e ar comprimido), além do vácuo clínico, para realização de anestesia e procedimentos cirúrgicos nas salas cirúrgicas, sala de recuperação pós-anestésica e enfermaria. O oxigênio é essencial para suplementação respiratória dos pacientes e o óxido nitroso para anestesia inalatória. Já o vácuo clínico é imprescindível para aspiração de secreções das incisões e cavidades durante a cirurgia. Além destes, no caso de cirurgias abdominais por laparoscopia, faz-se necessário a utilização de um quarto gás para distensão da cavidade abdominal durante o procedimento, o dióxido de carbono.

Ainda em relação à estrutura física, um outro ponto importante a ser solucionado é referente a mobilidade dos pacientes. O funcionamento dos elevadores é essencial para que pacientes com deficiência de locomoção cheguem ao complexo cirúrgico, localizado no 1º pavimento, bem como para que os pacientes em convalescença cirúrgica possam deixar o hospital após a alta médica, sem realizar esforço físico em demasia, o que poderia comprometer os resultados das cirurgias.

Quanto ao pessoal especializado da área de enfermagem, considerando o estabelecido pelo Conselho Federal de Enfermagem e apontado no item 2.4.7 da revisão da literatura, é necessário no mínimo 10 profissionais, na seguinte distribuição: três instrumentadores, um para cada sala cirúrgica; três circulantes, um para cada sala cirúrgica; um enfermeiro chefe para coordenar a equipe de enfermagem; dois

técnicos de enfermagem para auxiliar os pacientes na sala de recuperação pós-anestésica; um técnico de enfermagem na sala de esterilização de materiais e montagem de kits cirúrgicos e um técnico de enfermagem na área de desinfecção de material cirúrgico.

Quanto aos equipamentos, são necessários três carros de anestesia, sendo um para cada sala de cirurgia, equipados com monitores de sinais vitais e sistema de ventilação respiratória; um carro de parada e monitores para sala de recuperação pós-anestésica; duas mesas cirúrgicas para as salas de cirurgia; aparelho de radioscopia para procedimentos endoscópicos em urologia, acessos venosos e procedimentos ortopédicos e ecógrafo para realização de acesso venoso profundo em anestesia e biópsia de tecidos profundos, como por exemplo biópsia de próstata por agulha.

4.2.4 Discussão do objetivo específico 4

O objetivo específico número 4 era estimar a economia em relação aos honorários médicos, caso os procedimentos autorizados com maior frequência pela SEAUD fossem realizados no centro cirúrgico da POMED.

Este objetivo foi cumprido com os cálculos realizados, obtendo-se um valor de economia de aproximadamente 48,9% somente em relação a honorários médicos de equipe cirúrgica e anestesia.

Em relação à especialidade de ortopedia, a economia calculada relacionada aos honorários médicos não reflete a totalidade dos procedimentos autorizados. Cerca de 67% dos procedimentos autorizados pela SEAUD na especialidade não teve os valores de honorários calculados por terem sido autorizados para serem realizados por médicos do CBMDF. Nestes casos, somente o honorário de anestesia foi computado como possível economia.

Em relação à urologia, não foram encontradas na lista de autorizações de cirurgias eletivas as cirurgias para tratamento de cálculos urinários. Sabendo-se que o cálculo das vias urinárias é uma patologia comum e que não há possibilidade de não existir nenhum caso no período estudado, presume-se que este tipo de procedimento vem sendo feito em regime de urgência de forma rotineira.

Considerando que os pacientes com cálculos urinários no ureter poderiam ser liberados para casa no mesmo dia da cirurgia, tem-se aí uma outra possível fonte de economia a ser verificada em outra análise mais pormenorizada no futuro.

Importante salientar que a possibilidade de economia com a migração das cirurgias para a rede interna da POMED não seria o único benefício. Uma grande vantagem seria a redução de volume de trabalho relacionado a auditoria e autorização dos procedimentos, permitindo concentrar-se em casos mais complexos. Também maior disponibilidade de médicos para a assistência ao paciente e uma redução do desgaste de pacientes e familiares que, diante de um problema de saúde, se veem obrigados a cumprir diversas exigências burocráticas até a autorização do seu tratamento.

Ressalta-se ainda a possibilidade de ofertar uma assistência à saúde mais ampla, humanizada e integral, o que deve ocorrer quando o paciente for tratado pelo médico da corporação que já o acompanha, e, que muitas vezes foi o responsável pelo diagnóstico e indicação do procedimento cirúrgico.

5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A prevalência das doenças de tratamento cirúrgico é pouco conhecida. Estima-se que até um terço de todas as doenças, em algum momento de sua evolução necessitará de alguma abordagem cirúrgica. A possibilidade de conhecer sobre a demanda de cirurgias em relação aos militares e dependentes no CBMDF, além da definição da capacidade de funcionamento da nova estrutura de centro cirúrgico da POMED, tornam esta pesquisa fundamental para a área de saúde da corporação.

A POMED tem uma nova estrutura correspondente a de um Hospital Dia e ou uma Unidade do tipo III, segundo portaria do Ministério da Saúde e resolução do CFM. Após o término de sua ampliação e reforma, possui algumas deficiências em sua estrutura de centro cirúrgico, restringindo seu pleno funcionamento. Sanar estas deficiências é fundamental para execução da atividade cirúrgica, cujos desdobramentos podem ser de alto risco para o paciente e de grande responsabilidade para o médico e para a corporação. A análise dos dados obtidos na SEAUD revelou um grande número de autorizações de procedimentos no período estudado, refletindo uma alta demanda por cirurgias. Dentre elas, destaca-se a predominância de autorizações para dependentes e pensionistas, sugerindo um predomínio no número deste tipo de usuário em relação aos militares. Em termos de honorários médicos, foi detectado que os procedimentos mais caros são pouco solicitados e que, em média, são solicitados dois procedimentos por paciente, por vez. Visto que a grande maioria dos procedimentos autorizados são das áreas e oftalmologia, ortopedia e otorrinolaringologia. Constatado que aproximadamente 67% dos procedimentos autorizados poderiam ser realizados na estrutura da POMED, o que traria uma economia de R$ 566.090,89, ou 48,9%, em relação a honorários médicos.

O presente estudo contribui para o conhecimento da demanda por tratamento cirúrgico e permite inferências de quais as patologias cirúrgicas mais comuns. Com esta informação, pode-se tomar medidas com intuito de prevenção ou de diagnóstico precoce. Há um grande volume de cirurgias ortopédicas, principalmente para tratamento de doenças dos joelhos. Este dado pode incitar a realização de pesquisa sobre a relação do trabalho com este tipo de doença ou até

mesmo a pesquisa de sobrepeso e obesidade como uma outra relação. Favorece a realização de campanhas informativas e pode permitir o reforço do tratamento fisioterápico. Em relação à especialidade de oftalmologia, a elevada procura por cirurgias para tratamento de catarata pode suscitar a realização de campanhas de esclarecimento junto à população idosa visando o diagnóstico e o tratamento precoce ou a realização de estudos para verificar a incidência de casos associados com diabetes mellitus. Outro benefício do estudo é o embasamento da administração quanto ao número necessário de profissionais das diversas áreas da medicina e até mesmo de enfermagem. Especialidades com alta demanda por cirurgia como oftalmologia, dermatologia e ortopedia, podem ter seus quantitativos de profissionais incrementados nos próximos concursos de habilitação.

O estudo é importante por possuir implicações práticas ao usuário do sistema de saúde do CBMDF, à administração e ao corpo clínico da POMED. A realização de cirurgias na rede interna pouparia os pacientes de passarem pela auditoria de seus pedidos médicos, reduzindo o tempo até seu tratamento. Ocasionaria uma redução do volume de trabalho nas áreas de apreçamento e auditoria, liberando mais tempo para a análise de casos mais complexos. Proporcionaria maior satisfação dos médicos de áreas cirúrgicas da corporação por permitir o tratamento de seus pacientes ao invés de ter que encaminhá-los para rede credenciada após o diagnóstico.

Em relação às limitações encontradas, cita-se a forma como são registradas as informações no sistema SaudeWeb no momento da auditoria. Os dados incluídos no cadastro de solicitação de cirurgia não são padronizados nos casos de cirurgias sem OPME e, nos casos de cirurgias com OPME, não são incluídos no sistema. Desta forma, a dificuldade em encontrar dados, associado ao tempo exíguo disponível, não permitiu a ampliação do horizonte temporal da pesquisa das autorizações de cirurgia.

Como sugestão para pesquisas futuras, poderia ser realizado um trabalho analisando a demanda por cirurgias, custos e doenças associadas durante um período de tempo maior. Outra frente seria a mensuração dos gastos totais com a realização de cirurgias em estabelecimentos de saúde credenciados, com a análise das contas após a realização dos procedimentos. Este dado permitiria um cálculo mais

preciso dos valores passíveis de economia com o pleno funcionamento do centro cirúrgico da POMED. Uma última sugestão seria um estudo com objetivo de buscar e propor oportunidades de melhoria relacionadas ao sistema SaudeWeb. Uma padronização e maior integração das informações das diversas subseções da SEAUD, poderia fornecer dados de forma mais rápida, prática e com qualidade para embasar a tomada de decisões da alta administração.

REFERÊNCIAS

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. **ASA Physical Status Classification System**. Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>. Acesso em: 14 jan. 2020.

BHATTACHARYYA, Neil. Benchmarks for the Durations of Ambulatory Surgical Procedures in Otolaryngology. **Annals of Otology, Rhinology & Laryngology**, Boston, v. 120, n. 11, p. 727-731, 2011.

BRANDÃO, Wallace Ruy Rebello. **Aplicação do sistema de registro de preços na gestão de compras de insumos para as policlínicas do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal.** Brasília, 2017. 91 f. Monografia – CBMDF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. **Terminologia Básica em Saúde**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1983.

_____. Lei nº 7.479, de 02 de junho de 1986. Aprova o Estatuto dos Bombeiros-Militares do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF, 4 jun. 1986. Seção 1, p. 8057.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991. Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, DF, 21 nov. 1991. Seção 1, p. 26393.

_____. Lei nº 12.086, de 6 de novembro de 2009. Dispõe sobre os militares da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2009. Seção 1, p. 1.

_____. Decreto nº 7.163, de 29 de abril de 2010. Regulamenta o inciso I do art. 10-B da Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 abr. 2010. Seção 1, p. 6.

_____. Lei nº 13.459, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre os militares da Polícia Militar do Distrito Federal e do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2017. Seção 1, p. 3.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. **Surgical specialties**, 2019. Disponível em: <https://www.bma.org.uk/advice/career/studying-medicine/insiders-guide-to-medical-specialties/nhs-career-choices/surgical-specialties>. Acesso em: 28 out. 2019.

CAETANO , Edie Benedito; CAETANO, Maurício Ferreira. Diagnóstico e Tratamento das Lesões dos Tendões Flexores. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba,** Sorocaba, v. 7, n.3, p. 25, jul. 2005.

CARVALHO, Paloma Aparecida et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 6, p. 1041, nov. 2015.

CHUI, Jeanie et al. Ophthalmic Pterygium. **The American Journal of Pathology**, v. 178, n. 2, p. 817, fev. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 543/2017. Estabelece os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF**, 16 mai. 2017. Seção 1, p. 55.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.493/1998. Dispõe sobre responsabilidade do médico nas internações hospitalares. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 mai. 1998a. Seção 1, p. 106.

_____. Resolução CFM nº 1.490/98. Dispõe sobre a composição da Equipe Cirúrgica. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 abr. 1998b. Seção 1, p. 174.

_____. Resolução CFM nº 1.666/2003. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.634/2002, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina - CFM, a Associação Médica Brasileira - AMB e a Comissão Nacional de Residência Médica - CNRM. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 jun. 2003. Seção 1, p. 97.

_____. Resolução CFM nº 1.802/2006. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF,

20 dez. 2006. Seção 1, p. 160.

_____. Resolução CFM nº 1.886/2008. Dispõe sobre as "Normas Mínimas para o Funcionamento de consultórios médicos e dos complexos cirúrgicos para procedimentos com internação de curta permanência". **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2008. Seção 1, p. 271.

_____. Parecer CFM nº 4/15. **Dispõe sobre a composição da Equipe Cirúrgica**. Conselho Federal de Medicina, Brasília, DF, 22 jan. 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SANTA CATARINA. **Manual de Orientação Ética e Disciplinar**. 2ed. Florianópolis: Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos, mar. 2000.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESPÍRITO SANTO. **Processo Consulta n° 006/2015**. Conselho Regional de Medicina do Espírito Santo, Vitória, ES, 28 abr. 2015.

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO DISTRITO FEDERAL. **Portaria nº 11, de 11 de abril de 2017**. Aprova e publica o Plano Estratégico do CBMDF, ciclo 2017-2024. Brasília, DF, abril de 2017. Publicado no Boletim Geral nº 72 de 13 de abril de 2017.

_____. **Histórico do CBMDF**. Disponível em: <https://www.cbm.df.gov.br/institucional/historico/>. Acesso em: 19 set. 2019.

_____. **Sistemas do CBMDF**. Disponível em: <https://sistemas.cbm.df.gov.br/sistemas/cerberusAuth/public/>. Acesso em: 16 jan. 2020.

DISTRITO FEDERAL. Decreto n° 10.998, de 26 de janeiro de 1.988. Dispõe sobre a homologação de Concurso Público para Oficiais de Saúde do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal e nomeação de estagiário. **Diário Oficial [do] Distrito Federal**, Brasília, DF. 26 jan. 1988

_____. Decreto n° 16.036, de 04 de novembro de 1.994. Dispõe sobre o Regulamento da Organização Básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal e dá outras providências. **Diário Oficial [do] Distrito Federal**, Brasília, DF. 7 nov. 1994.

_____. Decreto nº 31.817, de 21 de junho de 2010. Regulamenta o inciso II, do artigo 10-B, da Lei nº 8.255, de 20 de novembro de 1991, que dispõe sobre a Organização Básica do Corpo de Bombeiros Militar do Distrito Federal. **Diário Oficial [do] Distrito Federal**, Brasília, DF. 22 jun. 2010.

EL-TAYEBY, Hazem Mossad. Osteochondroplasty of the femoral head in hip reconstruction for type II late sequelae of septic arthritis: a preliminary report. **Journal of Children Orthopaedics**, v. 2, s. 6, p. 431, dez. 2008.

ENGBÆK, J; BARTHOLDY, J; HJORTSØ, N.-C. Return hospital visits and morbidity within 60 days after day surgery: a retrospective study of 18.736 day surgical procedures. **Acta Anaesthesiologica Scandinavica**, v. 50, p. 911, 2006.

FERRARI, Deisi et al. Outpatient versus inpatient anterior cruciate ligament reconstruction: A systematic review with meta-analysis. **The Knee**, v. 24, s. 2, p. 197, mar. 2017.

FISCHER, Stefan; ZECHMEISTER-KOSS, Ingrid. Is day surgery safe? A systematic literature review. **European Surgery**, Viena, v. 46, p. 103-112, 2014.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GONÇALVES, Elicardo Alves de Souza. **Desenvolvimento de um sistema de radioscopia analógico/digital.** Rio de Janeiro, 2010. 91 f. Dissertação de mestrado – UFRJ/ COPPE/ Programa de Engenharia Metalúrgica e de Materiais, 2010.

HENRIQUES, Alexandre Cruz et al. Colecistectomia Videolaparoscópica Ambulatorial. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 27, out. 2000.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Variação de Custos Médico-Hospitalares**. Disponível em: <https://www.iess.org.br/cms/rep/VCMH.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2019.

JOHNS HOPKINS MEDICINE. **Purpose os Surgery**. Disponível em: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/purpose-of-having-surgery>. Acesso em: 28 out. 2019.

_____. **Arthroscopy**. Disponível em: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/arthroscopy>. Acesso em: 15 jan. 2020a.

_____. **Hysteroscopy**. Disponível em: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/hysteroscopy>. Acesso em: 16 jan. 2020b.

JONES, Kevin. Ambulatory gynaecology: a new concept in the delivery of healthcare

for women. **Gynecological Surgery**, v. 3, s. 3, p. 153, set. 2006.

KEANE, Thomas E. (Ed.); GRAHAM, Sam D., Jr., (Ed.). **Glenn's Urologic Surgery**. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2016.

KIRK, Raymond Maurice. **Basic Surgical Techniques**. 6. Ed. Crurchill Livingstone, 2010.

KOPPEL, Dan; WANG, Yuan-Fang; LEE, Hua. Automated Image Rectification in Video-Endoscopy. **MICCAI 2001**, Lecture Notes in Computer Science, v. 2208, p. 1412, out. 2001.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia **científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LAWRENCE, David; FEDOROWICZ, Zbys; VAN ZUUREN, Esther J. Day care versus in-patient surgery for age-related cataract. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v.11, 2015.

LIEW, S. C. C.; HUBER, D.; JEFFS, C. Day-only admission for varicose vein surgery. **Australian and New Zealand Journal of Surgery**, v. 64, p. 688, 1994.

LIMA, Sandro Gonçalves de et al. Os carros de emergência e o suporte avançado de vida. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, v. 8, n. 5, p. 399, set. 2010.

MEARA, John Gerard et al. Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. **The Lancet**, v. 386, p. 569–624, ago. 2015.

MEMORIAL SLOAN KETTERING CANCER CENTER [MSKCC]. **Cryotherapy for Skin Lesions**. Disponível em: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/cryotherapy-skin-lesions>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MENDONÇA, Cristiano de Queiroz et al. Qualidade de vida e visão pós-facectomia. **Revista Brasileira de Oftalmologia,** Rio de Janeiro, v. 77, n. 3, p. 119, 20 jan. 2018.

Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Normas. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, DF, 1994.

_____. Portaria nº 44, de 10 de janeiro de 2001. Aprova no âmbito do Sistema Único

de Saúde a modalidade de assistência - Hospital Dia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jan. 2001. Seção 1, p. 27.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Manual de Condutas para Úlceras Neurotróficas e Traumáticas.** Brasília, DF, 2002.

_____. Portaria nº 1.646 de 2 de outubro de 2015. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 out. 2015. Seção 1, p. 669.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de Boas Práticas de Gestão das Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME)**. Normas e Manuais Técnicos. 1. ed. Brasília, DF, 2016.

_____. Portaria nº 2.895 de 12 de setembro de 2018. Define, para o exercício de 2018, a estratégia para ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 set. 2018. Seção 1, p. 63.

_____. Portaria nº 195 de 6 de fevereiro de 2019. Prorroga a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 fev. 2019a. Seção 1, p. 183.

_____. Portaria nº 1.996 de 26 de julho de 2019. Prorroga a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jul. 2019b. Seção 1, p. 58.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento do Câncer**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tratamento/cuidados-paliativos>. Acesso em: 16 jan. 2020.

OLIVEIRA, Raimundo Rosendo et al. Terapia alternativa para microvarizes e telangiectasias com uso de agulha. **Jornal Vascular Brasileiro**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 17, mar. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World alliance for patient safety: Safe Surgery Saves Lives. Second global patient safety challenge. Genebra: World Health Organization, 2008.

PIMENTEL, Eugênio Raul de Almeida. Risco de complicações durante a cirurgia dermatológica: protocolo das exéreses em fuso. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, set./out. 2005.

PORTER, Roy (Ed.). The Cambridge Illustrated History of Medicine. 1. ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani César de. **Metodologia do Trabalho Científico**: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade Feevale, 2013.

REZENDE, Joffre Marcondes. Patologia como sinônimo de doença**. Revista de Patologia Tropical**, Goiânia, v. 36, s. 1, p. 101, jan. 2007.

RODRIGUES, Marcos Marques et al. Comparação entre turbinoplastia e turbinectomia endoscópicas: Eficácia e parâmetros clínicos. **Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 426-430, out./nov./dez. 2011.

ROGERS, Kara (Ed.). **Surgery**. Encyclopedia Britannica. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/Christiaan-Barnard>. Acesso em: 28 out. 2019.

SABISTON JÚNIOR, David Coston (Ed.). **Tratado de Cirurgia:** As Bases Biológicas da Prática Cirúrgica Moderna. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

SHRIME, Mark G et al. Global burden of surgical disease: an estimation from the provider perspective. **The Lancet**, v. 3, s. 2, p. 569–624, abr. 2015.

THOMAS, Clayton L. **Dicionário Médico Enciclopédico**. 17 ed. São Paulo: Manole, 2000.

WALSH, Patrick Craig (Ed.). **Campbell's Urology**. 8. ed. Philadelphia: Saunders, 2002.