



UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO DE JANEIRO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

PHILIPP ROSA DE OLIVEIRA

**ANÁLISE DA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA AMBULATORIAL NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA QUALIFICAÇÃO E  
RESOLUTIVIDADE DO CUIDADO**

Rio de Janeiro  
2017

PHILIPP ROSA DE OLIVEIRA

ANÁLISE DA REALIZAÇÃO DA CIRURGIA AMBULATORIAL NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DA QUALIFICAÇÃO E RESOLUTIVIDADE  
DO CUIDADO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção Primária à Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

**Área de concentração:** Atenção Primária à Saúde.

Rio de Janeiro  
2017

## FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Philipp Rosa de

Análise da realização da cirurgia ambulatorial na atenção primária à saúde na perspectiva da qualificação e resolutividade do cuidado. / Philipp Rosa de Oliveira. - Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA, 2017.

78 f.; il.: 31 cm.

Orientadora: Cesar Augusto Orazem Favoreto.

Dissertação (mestrado) – UFRJ, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, Mestrado Profissional de Atenção Primária a Saúde, 2017.

Inclui anexos e apêndices

Referências bibliográficas: f. 65-68.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família 3. Cirurgia laboratorial- métodos. 4. Garantia da Qualidade dos Cuidados de Saúde. 5. Medicina de Família e Comunidade- recursos humanos. 6. Médicos de Família- educação. 7. Assistência Primária à Saúde - Tese. I. Favoreto, Cesar Augusto Orazem. II. UFRJ, FM, Instituto de Atenção à Saúde, São Francisco de Assis- HESFA. IV. Título.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao universo, que me conduziu de diversas maneiras para este momento. Por mais que parecesse longe e difícil de alcançar, esta energia fluida foi capaz de me trazer até aqui e mostrou que nada é impossível quando realmente se deseja. Essa mesma energia que permite me reformular a cada momento e a manter meu corpo e alma vibrantes e carregados de amor.

Agradeço por cada encontro e desencontro, pois todos me trouxeram a este momento.

Ao meu eterno amor, Angelo, por toda sua paciência, companheirismo nestes longos momentos de recolhimento e por me dar o privilégio de conviver com uma energia pura, verdadeira e inspiradora.

A minha mãe, pela compreensão, incentivo e ausências, porque nossa ligação vai além da presença física.

Ao mestrado, que me proporcionou conhecer pessoas semelhantes e que estão em busca de um mesmo ideal.

Aos Focas (Força e Amor): Larissa, Bianca, Renata, Michele, Laís, Fabio e Carol, que me inspiram, apoiam, acalentam e por termos muito além de uma amizade, mas uma sincronia de almas.

Aos meus “meninos”, meus residentes antigos e atuais, que mesmo sem saber me estimulam a ser uma pessoa melhor e me ajudaram a tornar o que sou hoje.

A todos os meus companheiros e amigos de luta da UERJ. Em especial aos preceptores, que sempre me acalentaram e incentivaram nos momentos de dificuldade. Saibam que não importa a distancia nossa amizade transcende os espaços.

Agradeço a meu orientador, Cesar, porque muito mais que orientar esta dissertação, me orientou para a vida.

E meu agradecimento mais do que especial ao SUS, que me inspira diariamente e sem o qual nada disto teria sentido.

*Eu só peço a Deus  
Que a dor não me seja indiferente  
Que a morte não me encontre um dia  
Solitário sem ter feito o que devia.  
Eu só peço a Deus  
Que a injustiça não me seja indiferente  
Pois não posso dar a outra face  
Se já fui machucado brutalmente.  
Eu só peço a Deus  
Que a guerra não me seja indiferente  
É um monstro grande e pisa forte  
Toda a pobre inocência dessa gente.  
Eu só peço a Deus  
Que a mentira não me seja indiferente  
Se um só traidor tem mais poder que um povo  
Que este povo não esqueça facilmente.  
Eu só peço a Deus  
Que o futuro não me seja indiferente  
Sem ter que fugir desenganado  
Para viver uma cultura diferente.*

Léon Giéco, sólo le pido a Dios, 1978.

## RESUMO

O Programa de Saúde da Família surgiu em 1994 e foi reorientado como uma estratégia de mudança do modelo assistencial a partir de 1998. A Estratégia de Saúde da Família se tornou o modelo de organização e de qualificação da Atenção Primária à Saúde no Brasil. No Rio de Janeiro, nos últimos anos, ocorreu um incremento rápido na cobertura da população pelas equipes de saúde da família, com a perspectiva de desenvolvimento de uma Atenção Primária à Saúde abrangente e capaz de implementar os atributos de acesso, coordenação do cuidado e resolutividade da atenção. Embora em alguns países este tipo de procedimento esteja consolidado como intervenções realizadas pelos médicos de família, no Brasil, mais especificamente no Rio de Janeiro, a cirurgia ambulatorial tem sido incorporada muito recentemente às práticas das Unidades Básicas de Saúde. Este trabalho analisa a incorporação da cirurgia ambulatorial pelas Equipes de Saúde da Família como um dos aspectos envolvidos na ampliação da coordenação do cuidado e da resolutividade da Atenção Primária à Saúde neste município. Foi realizado um estudo exploratório descritivo, utilizando-se da análise dos dados da produção dos procedimentos cirúrgicos na rede de atenção básica da cidade do Rio de Janeiro. Os dados eram disponibilizados nas plataformas Carteirômetro e Tabnet durante o período de outubro de 2015 a março de 2017, além de entrevistas *online* com médicos de família atuantes na Estratégia de Saúde da Família. Observou-se que a expansão das equipes da Estratégia de Saúde da Família durante o período de estudo foi acompanhada do aumento percentual dos procedimentos de cirurgia ambulatorial (63,8%). Contudo, esta evolução representa, ainda, um tímido quantitativo de cirurgias realizadas pelo número de equipes implantadas, ou seja, cerca de 1,5 procedimentos/equipe no último trimestre pesquisado. Entre os fatores limitadores do desenvolvimento destas intervenções na Atenção Primária à Saúde identificou-se a ausência de capacitação profissional para a execução destes procedimentos, além de estrutura física e processual inadequada das unidades de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária. Estratégia Saúde da Família. Cirurgia Ambulatorial. Garantia da Qualidade dos Cuidados em Saúde.

## ABSTRACT

The Family Health Program emerged in 1994 and was reoriented as a strategy to change the care model from 1998 onwards. The Family Health Strategy became the model of organization and qualification of Primary Health Care in Brazil. In Rio de Janeiro, in recent years, there has been a rapid increase in the coverage of the population by the family health teams, with the perspective of developing comprehensive Primary Health Care and capable of implementing the attributes of access, coordination of care and resolution of attention. Although in some countries this type of procedure is consolidated as interventions performed by family physicians in Brazil, more specifically in Rio de Janeiro, outpatient surgery has been incorporated very recently in the practices of Basic Health Units. This paper analyzes the incorporation of outpatient surgery by the Family Health Teams as one of the aspects involved in the expansion of the coordination of care and the resolution of Primary Health Care in this municipality. A descriptive exploratory study was carried out using the data analysis of the production of surgical procedures in the basic care network of the city of Rio de Janeiro. The data were made available on the Carteiometer and Tabnet platforms during the period from October 2015 to March 2017, in addition to online interviews with family doctors working in the Family Health Strategy. It was observed that the expansion of the Family Health Strategy teams during the study period was accompanied by the percentage increase in outpatient surgery procedures (63.8%). However, this evolution also represents a timid amount of surgeries performed by the number of teams implanted, that is, about 1.5 procedures / team in the last quarter surveyed. Among the limiting factors for the development of these interventions in Primary Health Care was the lack of professional training for the execution of these procedures, as well as inadequate physical and procedural structure of the health units.

**Key-words:** Primary Care. Family Health Strategy. Ambulatory Surgery. Quality Assurance of Health Care.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AP - Área Programática.

APS - Atenção Primária a Saúde.

CAB - Caderno de Atenção Primária.

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

GP - *General Practitioner*.

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

MFC - Médico de Família e Comunidade.

NHS - *National Health System*.

PEP - Prontuário Eletrônico

PSF - Programa de Saúde da Família.

RAS - Rede de Atenção a Saúde.

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

SIASUS - Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde.

SISREG - Sistema Nacional de Regulação.

SMSRJ - Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

SUBPAV - Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TABNET - Tabulador de dados que opera na Internet.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Crescimento histórico da ESF no Rio de Janeiro de outubro/15 a março/17	32
<b>Gráfico 2</b> - Percentual de cobertura de equipes ESF por AP	34
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição do número absoluto de registros de suturas existente no Carteirômetro e o numero de equipes ESF por trimestre	35
<b>Gráfico 4</b> - Número de suturas/número de equipes ESF no mesmo período	36
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos registros de drenagem de abscessos existente no Carteirômetro em relação ao número de equipes por trimestre	37
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição dos registros de cantoplastia existente no Carteirômetro em relação ao número de equipes ESF por trimestre	38
<b>Gráfico 7</b> - Evolução dos registros de todos os procedimentos considerados de cirurgia ambulatorial no Carteirômetro em relação a implantação do número equipes ESF por trimestre	39
<b>Gráfico 8</b> - Relação do número total de procedimentos extraído do Carteirômetro/número de equipes ESF	40
<b>Gráfico 9</b> - Número absoluto de excisão de lesão/sutura de lesão de ferimentos da pele, anexo e mucosa/excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosas comparados com o número de equipes ESF por trimestre	41
<b>Gráfico 10</b> - Número de excisão de lesão/sutura de lesão de ferimentos da pele, anexo e mucosa/excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosas/ número de equipes ESF	41
<b>Gráfico 11</b> - Evolução dos registros no Tabnet de drenagem de abscesso relacionados com o número de equipes ESF por trimestre	42
<b>Gráfico 12</b> - Distribuição dos registros no Tabnet de exérese de tumor de pele e anexos/cisto sebáceo/lipoma relacionados ao número de equipes Estratégia de Saúde da Família por trimestre	43
<b>Gráfico 13</b> - Comparativo entre o total de drenagem de abscessos apresentados na plataforma Tabnet e no Carteirômetro	44
<b>Gráfico 14</b> - Distribuição por especialização/residência em Medicina de Família e Comunidade	47
<b>Gráfico 15</b> - Distribuição do tipo de procedimentos de cirurgia ambulatorial realizados no último ano informado pelos entrevistado	48
<b>Gráfico 16</b> - Motivos para a não realização de um ou mais procedimentos	50
<b>Gráfico 17</b> - Adequação estrutural das unidades de saúde para realização dos procedimentos	51
<b>Gráfico 18</b> - Comparação entre adequação da unidade de saúde e a realização de procedimentos	52
<b>Gráfico 19</b> - Distribuição em relação à capacitação em pequenos procedimentos	54
<b>Gráfico 20</b> - Existência de fluxo para realização dos procedimentos nas equipes ESF	55
<b>Gráfico 21</b> - Percepção dos médicos em relação ao papel das cirurgias na visão dos pacientes sobre a APS	56

## **LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Áreas programáticas com seus respectivos bairros	19
--------------------------------------------------------------------	----

## **LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Expansão da ESF por área programática de outubro de 2105 a março de 2017	33
<b>Tabela 2</b> - Divisão por sexo	45
<b>Tabela 3</b> - Divisão por faixa etária	45
<b>Tabela 4</b> - Distribuição por tempo de formado	46
<b>Tabela 5</b> - Distribuição por tempo de atuação na APS	46
<b>Tabela 6</b> - Resposta dos entrevistados quanto à existência de condições estruturais para a correta realização dos procedimentos	53

## SÚMARIO

### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

### LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>1. APRESENTAÇÃO</b>	13
<b>2. INTRODUÇÃO</b>	15
2.1. A ESF no Rio de Janeiro e a inserção dos pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais	18
2.2. Importância da realização da Cirurgia Ambulatorial para a APS	20
<b>3. OBJETIVOS</b>	24
3.1. Objetivo geral	24
3.2. Objetivos específicos	24
<b>4. METODOLOGIA</b>	25
<b>5. RESULTADOS</b>	31
5.1. Análise da implantação das Equipes de Saúde da Família	31
5.1.1. Cobertura da ESF no Rio de Janeiro no período de outubro de 2015 a março de 2017	31
5.2. Análise da produção de procedimentos de cirurgia ambulatorial	34
5.3. Análise das entrevistas sobre a realização de procedimentos de cirurgia ambulatorial na APS	45
<b>6. DISCUSSÃO</b>	58
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	63
<b>REFERÊNCIAS</b>	65
<b>ANEXOS</b>	69
Anexo A - Sumário da Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro	69
Anexo B - Sumário do Caderno de Atenção Básica número 30	70
Anexo C - Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e comunidade com as habilidades consideradas essenciais e desejáveis	71
<b>APÊNDICES</b>	72
Apêndice A - Entrevista on-line distribuída aos médicos de família	72
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	76

## 1. APRESENTAÇÃO

Inicialmente, faz-se necessário entender que venho de uma formação médica tradicional, voltada totalmente para o modelo biomédico, não tendo qualquer tipo de contato com a Atenção Primária à Saúde (APS) durante toda a graduação, por isso, optei por uma formação em Cirurgia Geral. A especialidade, ao contrário do que imaginei na época, não me satisfaz, pois faltava algo. Foi então que, de certa forma, fui introduzido à medicina de família e comunidade, percorrendo 15 anos nesta luta na defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de um modelo de APS abrangente e pautado em seus atributos.

Embora morando no Rio de Janeiro, atuava como médico de família em outro município e foi apenas após a expansão da estratégia de Saúde da Família (ESF), iniciada em 2009, que voltei meus olhos para a cidade e comecei a perceber o momento histórico pelo qual passaríamos.

Iniciei, então, minha atuação na APS no Rio de Janeiro como preceptor da residência de Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), tendo como cenários de atuação as clínicas de família.

Como cirurgião de formação e médico de família *de alma*, não podia deixar de juntar as duas especialidades, o que determinou meu interesse nos procedimentos de cirurgia ambulatorial na APS.

Comecei realizando os pequenos procedimentos nas clínicas que atuava como preceptor, matriciando os residentes de MFC da UERJ, nesta habilidade.

Foram muitas as dificuldades vivenciadas para manter estes procedimentos nas clínicas e garantir um horário protegido para o ensino destas práticas. No entanto, a percepção de que a execução dos procedimentos realizados pelo próprio médico da equipe influenciava de forma positiva no vínculo do usuário com sua equipe, além de que aumentava a resolutividade da APS, estimulou a luta contra as adversidades e garantir este espaço.

O fato dos procedimentos em cirurgia ambulatorial terem passado a fazer parte do escopo das atribuições da APS, pautados na carteira de serviços do município do Rio de Janeiro e pelo Caderno de Atenção Básica, tendo como pano de fundo o cenário descrito, levaram a alguns questionamentos motivadores para este estudo.

De que modo estes pequenos procedimentos têm sido incorporados? Qual a magnitude desta incorporação para a rede de atenção à saúde municipal? Quais são as limitações existentes? Qual o entendimento por parte de gestores e de equipes sobre estes

procedimentos. Como eles se integram a uma perspectiva de qualificação e abrangência do cuidado realizado na APS.

Através destes questionamentos, o arcabouço da pesquisa foi construído. A intenção inicial foi a de responder a estas perguntas e a de mostrar que os pequenos procedimentos de cirurgia ambulatorial devem fazer parte do dia a dia das equipes de ESF, uma vez que produzem melhoria na qualidade do atendimento ao usuário e garante a estes a integralidade do cuidado, aumentando a resolutividade da APS.

## 2. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 com a proposta de criar uma Atenção Primária à Saúde (APS) seletiva, ou seja, voltada para grupos populacionais específicos, focalizados a uma população muito empobrecida, com serviços restritos e com baixa articulação com o restante da rede de atenção à saúde (GIOVANELLA, 2012). Em 1998, o PSF deu lugar à Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma mudança que objetivava transformar a ESF em uma proposta de reestruturação do modelo assistencial do SUS, através da organização e aplicação de atributos que garantissem a qualidade da atenção prestada. Fomentou-se, portanto, a partir deste momento, a construção de uma APS abrangente ou integral e organizadora da rede assistencial, de modo a evoluir no desenvolvimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2010).

A Atenção Primária à Saúde, a partir desta concepção, pode ser entendida como uma estratégia para organizar e reorganizar um sistema de saúde a partir de eixos estruturantes e atributos que caracterizam uma APS abrangente. Essas características dizem respeito a uma APS que não é restrita a programas verticais ou a populações específicas, incluindo a incorporação tecnológica e a participação social em seu desenvolvimento.

A declaração de Alma-Ata (1978) define a APS integrada ao sistema de saúde garantindo a integralidade e a participação social. Os princípios fundamentais da APS integral são: a necessidade de enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universais com base nas necessidades, participação comunitária, emancipação, ação intersectorial, tecnologias apropriadas e uso eficiente dos recursos. (GIOVANELLI, 2012, p. 516).

A perspectiva de uma APS abrangente e capaz de promover uma atenção resolutiva e integral é caracterizada por Starfield (2002) a partir do que ela denominou de atributos que, em linhas gerais, são:

- Primeiro contato - refere-se ao acesso e acessibilidade, ou seja, ao papel da APS como porta de entrada do sistema de saúde. Quando a população e os profissionais reconhecem as unidades e suas equipes multiprofissionais como primeiro recurso para atenção à saúde. Para tanto, o serviço deve ser de fácil acesso e estar disponível.
- Longitudinalidade ou continuidade do cuidado - refere-se à existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, o que compreende a formação de vínculo entre a equipe, a população e as estratégias de adscrição de uma clientela à unidade de saúde ou à equipe ou profissionais.

- Integralidade - como um dos pilares do sistema único de saúde, representa a garantia de que o indivíduo tenha acesso aos diferentes tipos de recursos assistenciais disponíveis no sistema de saúde para atender às necessidades de atenção, prevenção e promoção da saúde. Outra dimensão da integralidade é o desenvolvimento de uma abordagem capaz de integrar aspectos biológicos, sociais, psicológicos e relacionais no processo de saúde e adoecimento.
- Coordenação - compreende a articulação entre os diversos níveis de atenção e ações de saúde, a fim de melhor orientar e ofertar serviços de saúde a população. Pode-se dizer que este atributo se torna um pré-requisito para a efetivação dos demais

Estes atributos, referidos acima de forma sucinta, são fundamentais para a ampliação do acesso, para a qualidade da atenção prestada e para o incremento na relação custo efetividade dos sistemas de saúde, em suma, são requisitos que dão o contorno para a existência de uma APS abrangente e integral. No Brasil, a efetividade de uma APS abrangente ainda é um grande desafio para a consolidação do SUS e um elemento central para atender às necessidades de atenção à saúde da população (MENDES, 2011).

De acordo com Mendes (2011), a condição para a qualificação de um sistema de saúde é a qualidade da APS e a sua inserção no centro de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para este autor, a atenção primária resolutiva, integral e elemento central de uma RAS pode ser capaz de ampliar a resolutividade da atenção prestada pela rede, aumentar sua efetividade, racionalizar seus custos e ser capaz de promover uma atenção mais integral à saúde da população.

A capacidade resolutiva da rede de atenção é um aspecto determinante para o alcance da integralidade. A maior resolutividade da atenção prestada pelas equipes de ESF pode reduzir a utilização excessiva e descoordenada da atenção especializada, evitar a formação de longas filas de espera, diminuir os custos tanto para os pacientes como para o sistema e, muitas vezes, pode evitar desfechos indesejados.

As consequências do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica para os serviços de saúde são a maior necessidade de atenção aos agravos crônicos à saúde. Para Mendes (2012) este quadro reforça a necessidade de reorganização do modelo de atenção e da constituição das RAS com centralidade em uma APS abrangente, integral e resolutiva. A falta de resolutividade e coordenação do cuidado podem explicar situações como a observada nos Estados Unidos, onde 25% dos beneficiários do sistema *Medicare* apresentam cinco ou mais condições crônicas e, em consequência, cada um deles faz, em média, 13 consultas/ano em diversos especialistas, gerando 50 prescrições diferentes (CHRISTENSEN et al., 2009).

Os especialistas, ao lidar com a maior frequência com determinados problemas, podem produzir serviços de maior qualidade em sua especialidade, em função da escala, mas não estão tão bem preparados para lidar com sintomas e enfermidades vagos ou com serviços preventivos ou autocuidado, o que significa, por outro lado, perda de qualidade da atenção à saúde. Embora especialistas usualmente apresentem melhor adesão a diretrizes clínicas voltadas para a atenção a doenças específicas, os desfechos gerais da atenção (especialmente, mas não exclusivamente desfechos relatados por pessoas usuárias) não são melhores e, frequentemente, são piores, que quando o cuidado é provido por médicos da APS (MENDES, 2011, p.322).

A ampliação da resolutividade da atenção prestada pela ESF implica em novas concepções sobre o processo de trabalho, o desenvolvimento de novas competências dos profissionais e de condições operacionais e estruturais das unidades de saúde para a incorporação de novas intervenções terapêuticas e diagnósticas nas práticas das equipes.

Entre estas intervenções podemos situar a realização de pequenos procedimentos de cirurgia ambulatorial. Em sistemas de saúde com APS pouco resolutiva, os pacientes encontram dificuldade de acesso a estes tipos de intervenção e, de modo geral, eram (em muitos casos ainda são) dirigidos a serviços especializados de nível secundário, ou mesmo serviços hospitalares. As referências aos serviços especializados podem causar dificuldades de acesso e de acessibilidade aos pacientes devido às filas de espera, diferenças de fluxos assistenciais entre os serviços e deslocamento para áreas distantes da de moradia.

A ampliação de intervenções médicas na APS, mais especificamente, a realização de procedimentos de pequena cirurgia ambulatorial nas unidades de atenção básica por médicos das equipes ESF no Rio de Janeiro é o objeto deste estudo. O objetivo é analisar as implicações da incorporação da cirurgia ambulatorial pelas equipes de saúde da família no cenário da rede básica da cidade do Rio de Janeiro

Os objeto e objetivos deste trabalho estão inseridos, portanto, na perspectiva de ampliação da resolutividade, tendo como pano de fundo a integralidade, acesso e vínculo/coordenação do cuidado.

Na contextualização do estudo serão analisadas as características do cenário de estudo, isto é, a constituição da rede de atenção da cidade e a delimitação da cirurgia ambulatorial no contexto da APS.

## 2.1. A ESF no Rio de Janeiro e a inserção dos pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais

O cenário de estudo será a rede básica de atenção do Rio de Janeiro. Esta escolha está associada ao fato de que a rede em questão vivenciou um profundo processo de expansão e qualificação nos últimos oito anos, como registrado no Plano Municipal de Saúde 2014-2017 (Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, 2014). A expansão da ESF na cidade partiu de uma cobertura populacional de apenas 3,5% em 2008, chegando a aproximadamente 70% no final de 2016.

O processo acelerado de implantação da APS na cidade do Rio de Janeiro foi efetivado através de investimentos na criação e qualificação das unidades de saúde, expansão da residência em medicina de família e comunidade, de enfermagem na atenção primária, bem como na ampliação e reorientação da regulação municipal através do Sistema de Regulação (Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2014).

Esse aumento exponencial levou ao desafio de reorganização e qualificação da APS, assim como da rede de atenção, com a finalidade de garantir o acesso, o vínculo e a integralidade. Observou-se nestes oito anos na cidade do Rio de Janeiro um movimento para a construção de uma RAS que ofereça uma atenção clínica qualificada e resolutiva, que implica, entre outras ações, facilitar, racionalizar e otimizar o acesso da população aos níveis secundários e terciários de atenção (Secretária Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, 2017).

No momento existem 1.295 equipes de Estratégia de Saúde da Família implementadas no Rio de Janeiro, destas 1.263 encontram-se completas, ou seja, com médicos, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2017).

Para contextualizar este processo de expansão da APS é relevante citar a divisão do Rio de Janeiro em Áreas Programáticas (AP). As áreas de planejamento sanitário foram criadas a partir de 1993 através da Lei Orgânica do Município e o Plano Diretor Decenal da cidade do Rio de Janeiro, com a finalidade de viabilizar as ações de saúde. Esta divisão levou em conta a extensão territorial e a densidade populacional, foram criadas 10 áreas programáticas constituídas de 32 regiões administrativas e 157 bairros (Ministério da Saúde, 2007), como observado no **Quadro 1** abaixo:

**Quadro 1-** Áreas programáticas com seus respectivos bairros

<b>Área Programática</b>	<b>Bairros</b>
1.0	Benfica, Caju, Catumbi, Centro, Cidade Nova, Estácio, Gamboa, Mangueira, Paquetá, Rio Comprido, Santa Teresa, Santo Cristo, São Cristóvão, Saúde e Vasco da Gama.
2.1	Botafogo, Catete, Copacabana, Cosme Velho, Flamengo, Gávea, Glória, Humaitá, Ipanema, Jardim Botânico, Lagoa, Laranjeiras, Leblon, Leme, Rocinha, São Conrado, Urca e Vidigal
2.2	Alto da Boa Vista, Andaraí, Grajaú, Maracanã, Praça da Bandeira, Tijuca e Vila Isabel.
3.1	Bonsucesso, Brás de Pina, Complexo do Alemão, Cordovil, Ilha do Governador, Jardim América, Manguinhos, Maré, Olaria, Parada de Lucas, Penha Circular, Penha, Ramos e Vigário Geral.
3.2	Abolição, Água Santa, Cachambi, Del Castilho, Encantado, Engenho da Rainha, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Higienópolis, Inhaúma, Jacaré, Jacarezinho, Lins de Vasconcelos, Maria da Graça, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos e Tomás Coelho.
3.3	Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Parque Anchieta, Parque Columbia, Pavuna, Quintino Bocaiuva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila da Penha, Vila Kosmos e Vista Alegre.
4.0	Barra da Tijuca, Camorim, Cidade de Deus, Grumari, Itanhangá, Jacarepaguá, Joá, Recreio dos Bandeirantes, Vargem Grande e Vargem Pequena.
5.1	Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar.
5.2	Barra de Guaratiba, Campo Grande, Cosmos, Guaratiba, Inhoaíba, Santíssimo, Senador Vasconcelos e Pedra de Guaratiba.
5.3	Paciência, Santa Cruz e Sepetiba.

Fonte - Ministério da Saúde, 2007.

Descrever esta divisão do Rio de Janeiro em áreas programáticas é relevante para o presente estudo devido à estratégia descentralizada de expansão da ESF, onde as coordenações destas áreas se tornaram os gestores responsáveis pela implantação e acompanhamento das equipes em suas respectivas regiões de abrangência. Esta descentralização administrativa e financeira acarretou diferenças nos resultados do desenvolvimento da APS, implicando em heterogeneidade entre as diferentes áreas programáticas.

O processo de implantação da ESF priorizou as áreas programáticas com maior vulnerabilidade socioeconômica e com menor acesso a serviços de saúde (vazios assistenciais). Inicialmente as áreas com maior expansão foram 5.1, 5.2 e 5.3, seguida das áreas 3.1 e 3.3. Até 2014, a cobertura em torno de 40% representava áreas com maior desassistência, a partir de então outras áreas evoluíram na cobertura pela ESF (Plano municipal de Saúde, 2014-2017).

Como uma forma de garantir, avaliar e regular a realização de um conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção/recuperação em saúde a serem realizadas pelas equipes no plano individual, familiar e comunitário foi criada a carteira de serviços em saúde. Além de dar transparência e buscar uma regularidade nas atividades realizadas pelas equipes em toda a rede, a carteira também representou uma forma de induzir a incorporação de novas intervenções diagnósticas e terapêuticas, entre elas a realização de pequenos procedimentos em cirurgia ambulatorial (Secretária Municipal de Saúde, 2011).

O potencial desta incorporação das pequenas cirurgias nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) seria o de reduzir a pressão de demanda por encaminhamentos para serviços de cirurgia e dermatologia e, conseqüentemente, otimizar os recursos especializados na rede de atenção do rio de Janeiro. Por outro lado, deve-se considerar a possibilidade de potencializar outros aspectos da atenção prestada pelas equipes como o acesso, a longitudinalidade, o vínculo e a valorização da estratégia e, em particular, dos médicos de família.

## 2.2. Importância da realização da Cirurgia Ambulatorial para a APS

Os procedimentos que este trabalho denomina como de cirurgia ambulatorial compreendem aqueles que são definidos pelo Caderno de Atenção Básica (CAB) número 30, pela carteira de serviços da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ) e pelo currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e

Comunidade (SBMFC). A análise do significado destas intervenções para a atenção primária tem como referência os atributos da APS como acesso, integralidade e vínculo.

Neste sentido, serão consideradas para a análise aspectos como a qualificação e a resolutividade da atenção prestada pelos serviços de atenção primária, a organização da rede de atenção à saúde, a facilitação do acesso dos usuários, a ampliação do vínculo e a valorização da atenção prestada pela ESF, em particular dos seus médicos pela população adscrita.

A busca na literatura nacional e internacional sobre a realização da cirurgia ambulatorial na APS foi realizada nas bases de dados do Scielo, Cochrane, Medline, Lilacs e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), utilizando como descritores: cirurgia ambulatorial; atenção primária; procedimentos cirúrgicos; pequenos procedimentos e Estratégia Saúde da Família. A pesquisa revelou um pequeno quantitativo de materiais publicados sobre este tema e uma controversa relação nas avaliações de custo-efetividade destes procedimentos, principalmente quando colocados à luz de uma APS abrangente, tendo como filtro a coordenação do cuidado/vínculo, integralidade e acesso.

A maior parte dos trabalhos encontrados foi desenvolvida tendo como contexto a atenção primária e, em particular, o *General Practitioner (GP)*, oriundos do *National Health System (NHS)*, da Inglaterra.

De acordo com Leesa et al. (1995), os pequenos procedimentos cirúrgicos em dermatologia, no Reino Unido, foram realizados durante muitos anos por *General Practitioners* em uma pequena escala, apenas após a introdução de um sistema de pagamento por procedimento, ocorrido a partir de 1990, é que o quantitativo de procedimentos realizados pelos GP começou a crescer. A ideia da realização deste sistema de pagamento foi a de reduzir o número de pessoas aguardando pela realização de procedimentos nos hospitais ou por dermatologistas.

Em outro estudo, Mcwilliam et al. (1991) concluiu que a realização dos pequenos procedimentos pelos GP fornece aos usuários um ambiente familiar e com menores complicações.

George (2008), a partir de um estudo randomizado prospectivo desenvolvido no Reino Unido, comparou a realização de pequenas cirurgias na atenção primária e secundária para exérese de neoplasias de pele ou de lesões suspeitas. Foi observado que o custo-efetividade da realização dos procedimentos cirúrgicos era maior quando realizado no nível primário. Esta conclusão foi explicada pela dificuldade dos GP identificarem lesões malignas de pele,

sendo necessária a realização de novo procedimento cirúrgico por um especialista, o que aumentava o custo do procedimento.

Uma das perguntas que motivaram este estudo foi a de questionar o espaço e a abrangência que a realização dos procedimentos de cirurgia ambulatorial tem ocupado nesse momento na APS do Rio de Janeiro. Para isso, foram utilizadas informações sobre os registros de produção de serviços armazenados nas bases de dados da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, através do *site* da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) e da base de dados federal do DATASUS, sistematizada na ferramenta de análise e tabulação de informações denominada Tabnet. Essas bases são alimentadas, direta ou indiretamente, a partir dos registros feitos pelos profissionais nos diferentes Prontuários Eletrônicos (PEP), utilizados pelas Equipes de Saúde da Família em todo.

Outro aspecto a ser considerado é a questão do acesso à cirurgia ambulatorial no Rio de Janeiro, observa-se que no sistema de regulação municipal (SISREG) utilizado, na principal via de acesso ao setor secundário de atenção à saúde existia, no momento da pesquisa, um volume de 2.315 solicitações para pequenos procedimentos dermatológicos, com a fila de espera iniciada há oito meses (SISREG, 2016).

Após análise, observou-se que das 2.315 solicitações de pequenos procedimentos para realização na atenção secundária, parte se relacionava a situações como lipoma, cisto epidérmico, nevos, biópsia de pele e remoção de lesões suspeitas de pele, procedimentos que poderiam ser realizados na APS, reduzindo as filas de espera para o setor secundário.

Dessa maneira, ao observar o panorama geral do cenário de estudo deste trabalho, retomamos a questão da acessibilidade e da resolutividade, uma vez que pode se perceber a existência de dificuldades de acesso evidenciadas pelo tempo longo de espera (oito meses) e, em consequência, redução da resolutividade não só da APS, mas de todo o sistema de saúde.

Esta dificuldade de acesso aumenta a relevância do espaço que os pequenos procedimentos de cirurgia ambulatorial podem ocupar na organização da RAS, bem como de que maneira eles podem ser inseridos nas unidades básicas e Equipes de Saúde da Família, de modo a garantir e ampliar o desenvolvimento dos atributos da APS, aumentar a resolutividade, além de contribuir na coordenação pela APS das redes de atenção no cenário atual.

Outro aspecto da incorporação desta tecnologia é o papel destes procedimentos em relação à formação de vínculo/coordenação do cuidado. Além disso, é de suma importância observar o papel destas atividades na mediação da relação dos usuários com as unidades e

equipes, ou melhor, o que eles representam na relação dos usuários com um novo modelo de atenção baseado na ESF, isto é, na construção de uma cultura de atenção à saúde centrada na prática e na coordenação do cuidado, realizada por um médico generalista e representado pelo médico de família.

### 3. Objetivos

#### 3.1. Objetivo Geral

- Identificar as implicações da incorporação da cirurgia ambulatorial pelas Equipes de Saúde da Família no cenário da rede básica do Rio de Janeiro.

#### 3.2. Objetivos Específicos

- Traçar um perfil da realização de procedimentos de cirurgia ambulatorial na rede de APS do Rio de Janeiro a partir de dados secundários;
- Conhecer, a partir da visão dos profissionais, as condições estruturais e processuais para a realização de procedimentos de cirurgia ambulatorial nas unidades básicas de saúde, tendo como diretriz os parâmetros estabelecidos pelo Caderno de Atenção Básica número 30;
- Reconhecer as percepções dos médicos de família sobre o desenvolvimento de suas práticas, capacitações e satisfação na realização de procedimentos de cirurgia ambulatorial;
- Identificar o impacto da realização de procedimentos cirúrgicos no processo de trabalho das equipes, nos vínculos entre usuários, equipes e nas relações entre usuários e a estratégia de saúde da família.

#### 4. METODOLOGIA

Propõe-se a realização de um estudo exploratório e descritivo sobre a incorporação da cirurgia ambulatorial no contexto da ESF no Rio de Janeiro. Neste tipo de estudo, além de analisar, observar e registrar os fenômenos, deve-se conhecer melhor o problema a ser estudado, levando o pesquisador a se familiarizar com seu objeto e, a partir de então, formular hipóteses, para isso pode ser utilizada a realização de entrevistas (GIL, 2002).

Inicialmente, fez-se necessário a delimitação do objeto do estudo, ou seja, pequenos procedimentos em cirurgia ambulatorial na atenção primária. Para tal, foram utilizadas definições existentes em três fontes diferentes de consulta:

- Caderno de Atenção Básica número 30, do Ministério da Saúde, que traz os procedimentos clínicos e cirúrgicos que devem ser realizados nas diversas unidades de saúde, seja de forma eletiva ou em demanda livre, levando em consideração as adversidades de todo o território brasileiro e baseado em protocolos bem estabelecidos;
- A carteira de serviços do Município do Rio de Janeiro, que dispõe sobre procedimentos clínicos e cirúrgicos que devem ser realizados por todos os membros das equipes (não apenas para médicos), nas unidades de saúde do município do Rio de Janeiro, servindo como norteador para todas as equipes ESF;
- O currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, para a formação do residente em medicina de família e comunidade, que tenta definir critérios classificados como essenciais, desejáveis e avançados em relação às competências que o médico de família deve adquirir ao término dos dois anos de residência.

A partir dos referenciais descritos, percebeu-se a necessidade de utilizar outros parâmetros para delimitar melhor o objeto de estudo. A inclusão desses parâmetros objetivou deixar mais claro quais procedimentos foram considerados nesse estudo, uma vez que, embora existam procedimentos em comum, os referenciais utilizados abrangem intervenções que não possuem características semelhantes, já que estes foram criados por órgãos diferentes e com óticas distintas, como foi discutido sucintamente acima.

Assim, para ser incluída nesse estudo, a intervenção cirúrgica deve ser limitada à pele, ao tecido celular subcutâneo e anexos, realizada sob anestesia loco regional, envolvendo a utilização de materiais estéreis e sala apropriada.

Desta forma, as cirurgias ambulatoriais são procedimentos como exérese de cisto epidérmico, lipoma, nevos, biopsia de pele, lesões de pele suspeitas de malignidade, cantoplastia (retirada de unha) e drenagem de abscesso. Outro aspecto importante na consideração da realização de pequenos procedimentos na APS diz respeito às condições físicas da unidade de saúde. Para isso, foram utilizadas como norteadores as recomendações do Caderno de Atenção Básica número 30.

Essas recomendações sugerem a existência de uma sala apropriada para a realização dos procedimentos, além de instrumental cirúrgico formado por uma pequena bandeja de materiais composta, minimamente, por pinça de Kelly, pinça anatômica e dente de rato, tesoura, porta agulha e tetacânula (para a realização de cantoplastia). Prevê também a necessidade da utilização de materiais de proteção individual como máscara, luva, avental e óculos; insumos, como gaze, esparadrapo, entre outros. Assim como fluxo para esterilização do material e para a realização do histopatológico.

Este estudo é composto de duas etapas. A primeira diz respeito a análise de informações secundárias extraídas da plataforma de dados da SUBPAV e Tabnet, com o objetivo de verificar a expansão da ESF no Rio de Janeiro, bem como sua relação com a expansão dos procedimentos de cirurgia ambulatorial, tendo como recorte temporal os meses de outubro 2015 até março de 2017. Este período foi escolhido de forma aleatória, pois se objetivou englobar mais de 12 meses de estudo.

A segunda etapa caracterizou-se pela extração de dados primários a partir de um questionário semiestruturado enviado aos médicos de família atuantes na APS do Rio de Janeiro.

Na primeira parte do estudo foram analisadas as informações secundárias provenientes do banco de dados do Rio de Janeiro, extraídos da plataforma SUBPAV, mais especificamente do Carteirômetro e da plataforma Tabnet.

O Carteirômetro é uma ferramenta criada pela Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, cuja finalidade é acompanhar e avaliar a execução dos procedimentos que devem ser realizados pela APS, levando em consideração a padronização feita pela carteira de serviços. Esta ferramenta, portanto, possibilita a gestão das unidades e de toda a secretaria, possibilitando acompanhar a evolução das atividades realizadas por cada equipe ESF e, com isso, permitir uma visão panorâmica dos serviços prestados pela rede de atenção primária municipal.

As informações existentes no Carteirômetro são agrupadas de acordo com os diversos procedimentos existentes na carteira de serviços e são extraídas diretamente dos prontuários eletrônicos e, por isso, são dependentes do registro correto pelo profissional que os executa.

Para este trabalho foram utilizados apenas os grupos de procedimentos que remeteram diretamente à cirurgia ambulatorial, como sutura, drenagem de abscesso e retirada de unha (cantoplastia). Foi extraído da plataforma SUBPAV o número total de equipes ESF existentes no Rio de Janeiro no período de estudo, bem como a taxa de cobertura da mesma.

O outro banco de dados usado foi o da plataforma Tabnet, desenvolvido para que as equipes do Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais possam tabular os dados sobre a realização de diversos procedimentos em saúde de forma rápida e concisa. Esta ferramenta possibilita a visualização de todos os procedimentos realizados no Rio de Janeiro, não apenas pelas equipes ESF, mas também pelo nível secundário e terciário de atenção, além de permitir a utilização de outros filtros como sexo, idade, entre outros.

Os dados desta plataforma também são provenientes dos prontuários eletrônicos existentes na cidade. Para isso, ao final de cada atendimento o profissional de saúde deve registrar o tipo de consulta/atendimento/procedimento que foi realizado.

Os procedimentos existentes nesta plataforma são numerosos, por englobar qualquer forma de ação realizada em todos os níveis de atenção à saúde. Assim, para este trabalho foram utilizados procedimentos que se encaixam nos parâmetros norteadores do objeto de estudo, ou seja, cirurgia ambulatorial na APS. São eles:

- Excisão de lesão e/ou sutura de lesão de ferimentos da pele, anexo e mucosa. Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosas;
- Drenagem de abscesso/ incisão e drenagem de abscesso;
- Exérese de tumor de pele e anexos/cisto sebáceo/lipoma;

O intuito de utilizar os dois bancos de dados descritos foi o de compreender a magnitude da produção de procedimentos cirúrgicos na APS no período de outubro de 2015 a março de 2017 e, assim, analisar estes dados em relação à evolução da cobertura pela ESF na cidade.

Como referido anteriormente, estes bancos de dados são alimentados a partir das informações registradas nos três tipos de prontuários eletrônicos em utilização pela SMSRJ nas unidades de atenção primária à saúde. Os prontuários eletrônicos utilizados no momento da pesquisa eram: *Vita Care*, que atende a maioria das áreas programáticas (2.1; 2.2; 3.2; 3.3;

4.0; 5.1; 5.2 e 5.3); o *Medicine One*, que atende apenas a AP 1.0 e o *Prime*, que atende apenas a AP 3.1.

A existência de diferentes prontuários eletrônicos é relevante para este trabalho, uma vez que cada um destes possui uma forma de registro própria, por isso a análise dos procedimentos de cirurgia ambulatorial por AP poderá ser individualizada durante o estudo.

Para avaliar qualitativamente a incorporação desta tecnologia no âmbito das equipes foi aplicado um questionário semiestruturado *online* para médicos e preceptores de residência médica atuantes em equipes de ESF no Rio de Janeiro há, pelo menos, seis meses, independentemente de suas formações pós-graduadas, ou de realizarem ou não procedimentos de cirurgia ambulatorial.

A escolha do questionário *online* se deu pela propriedade que a internet possui de disseminar e coletar informações com rapidez, permitindo que o pesquisador não se limite pela distância e pelo tempo, o que facilita o desenvolvimento da pesquisa. Possibilita a existência de interfaces mais interativas e ricas tanto para a coleta dos dados, quanto para a apresentação dos resultados (FREITAS, 2004).

Para esta investigação *online* foi aplicado questionário construído através do *Google Docs*, uma das muitas plataformas existentes para a criação de questionários personalizados e gratuitos, permitindo uma coleta de dados fidedigna, além de ser de fácil manuseio e entendimento.

O questionário avaliou os profissionais quanto à realização de cirurgias ambulatoriais, os tipos de procedimentos, as adequações físicas e instrumentais, as capacitações profissionais nesta área, o processo de trabalho, o fluxo dos pacientes e o impacto na qualidade de atenção, tendo como referência os atributos da APS.

O contato com os médicos para a aplicação dos questionários ocorreu através de solicitação do endereço eletrônico (*e-mail*) destes profissionais à Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

No momento da realização dos questionários (entre maio e agosto de 2017) existiam 1.295 equipes de ESF implementadas no Rio de Janeiro. Destas, 1.263 encontravam-se completas, ou seja, com médicos, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários. Nesse estudo exploratório optou-se por incluir todos os médicos das equipes completas como o universo de possíveis participantes da pesquisa. Deste modo, poderiam ser identificadas as situações que induzem ou que limitam a realização dos procedimentos.

Tendo em vista as dificuldades inerentes deste tipo de estudo, como extravio de *e-mail*, respostas incompletas, entre outros, esperava-se obter em torno de 90 respostas dentro de nosso universo de pesquisa, que corresponderia a cerca de 7% dos possíveis participantes.

Certas pesquisas mostram que a taxa de retorno padrão de um mailing Internet é comparável àquelas obtidas via modo postal: de 7 a 13% sobre o total, mas podendo aumentar de acordo com a população questionada. De modo geral, a taxa de resposta depende do interesse da pesquisa na percepção do respondente (FREITAS; JANISSEK-MUNIZ; MOSCAROLA, 2004, p.7).

Foi aplicado um pré-teste do questionário com aproximadamente 20 médicos de família atuantes na APS na tentativa de ajustar a estrutura do questionário e do processo de aplicação. Após o pré-teste e a correção de erros, o questionário foi enviado aos médicos selecionados com um prazo de resposta de aproximadamente quarenta e cinco dias. Ao final desse prazo, foi realizada uma segunda chamada para aqueles profissionais que ainda não haviam respondido ao questionário. Nesses casos, foi aguardado mais 30 dias.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Ana Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pela coparticipante, a Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 63577516.0.3001.5279.

Realizou-se uma análise descritiva dos registros contabilizados no Carteirômetro e no Tabnet. Deste modo, buscou-se delinear o quadro da incorporação de alguns dos procedimentos de cirurgia ambulatorial na rede de atenção básica do Rio de Janeiro.

Este quadro serviu de contexto para a análise dos questionários preenchidos *online* pelos médicos. A avaliação quantitativa dos questionários foi realizada através de análise simples de frequência dos itens respondidos, além de um cruzamento bivariado de algumas variáveis através da transferência dos dados para uma planilha Excel.

As variáveis estudadas foram o perfil profissional, assim como a capacitação profissional e a formação pós-graduada, além das informações e percepções dos médicos relativas à adequação das unidades, isto é, suas estruturas físicas e os processos de trabalho e de gestão existentes. Além disso, foram avaliados os tipos de procedimentos realizados. As respostas para as perguntas abertas foram estudadas através de uma análise temática baseada em Bardin (2016).

Em seguida as análises quantitativa e qualitativa das respostas ao questionário foram integradas com o objetivo de identificar as potencialidades e limitações que a incorporação da

cirurgia ambulatorial tem encontrado na rede de atenção da cidade, assim como perceber o papel desta prática na valorização e qualificação da APS.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Análise da implantação das Equipes de Saúde da Família

O desenvolvimento dos procedimentos de cirurgia ambulatorial no contexto de implantação e expansão da Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro foi analisado com base nos dados secundários produzidos e armazenados pela gestão municipal na plataforma da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância a Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMSRJ/SUBPAV).

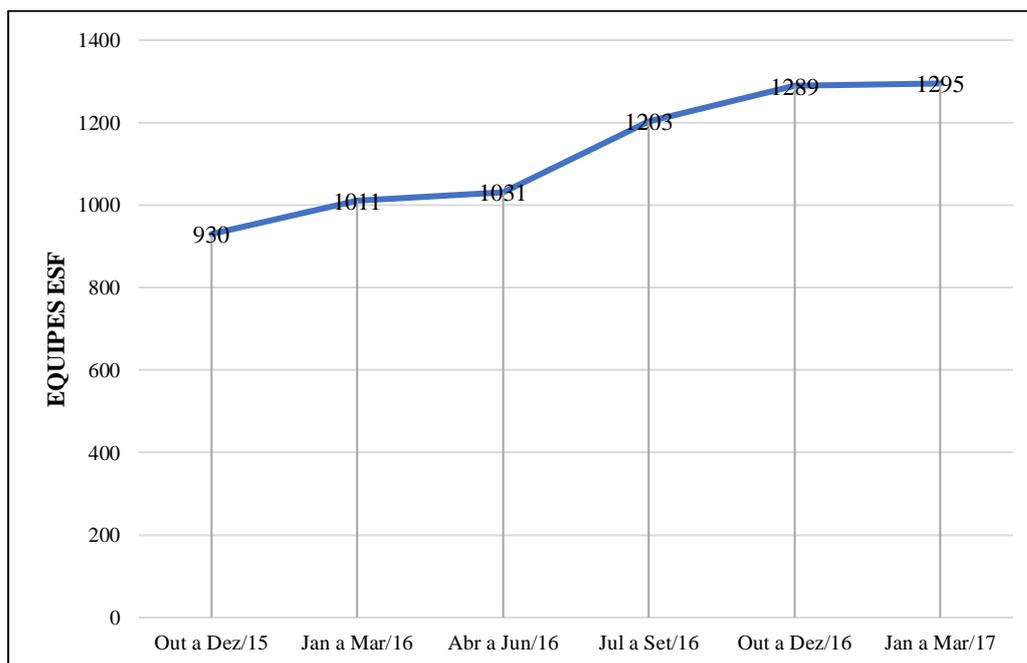
Nesta plataforma estão registradas as informações sobre a distribuição das equipes municipais de ESF e os registros de procedimentos ambulatoriais que foram padronizados na carteira de serviços implementada desde 2014, denominado de Carteirômetro.

Além desta base de dados da SMSRJ/SUBPAV, foram coletadas informações sobre os procedimentos ambulatoriais que estão registrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) localizados no Sistema de Informação em Saúde do DATASUS/Tabnet/IPLAN-RIO, que está integrado aos sistemas de informações da SMSRJ.

Em relação à implantação e expansão da cobertura da ESF no Rio de Janeiro, foram também coletados da plataforma SMSRJ/SUBPAV os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), das equipes e a distribuição delas pelas áreas programáticas da cidade no período de outubro de 2015 a março de 2016. Com base nestes dados de implantação das equipes ESF, sua distribuição por área programática e o quantitativo de procedimentos de cirurgia ambulatorial realizados, buscou-se correlacionar a evolução da implantação com os dados da realização de cirurgia ambulatorial na rede básica de saúde.

#### 5.1.1. Cobertura da ESF no Rio de Janeiro no período de outubro de 2015 a março de 2017

Em abril de 2017, o Rio de Janeiro contava com 1.295 equipes ESF implantadas (Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2017). Destas, 1.263 equipes eram consideradas completas por serem compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

**Gráfico 1-** Crescimento histórico da ESF no Rio de Janeiro de outubro/15 a março/17

**Fonte** – SUBPAV, 2016.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de. , 2017.

A expansão das ESF ocorreu de modo progressivo desde o ano de 2008. No período de 18 meses (de outubro/2015 a março/2017), o incremento foi de 39,25%, saindo de 930 para 1.295 equipes na cidade, correspondendo à cobertura de 70,26% da população carioca em março de 2017.

A **Tabela 1** demonstra que a velocidade de expansão da ESF foi diferente nas AP, existindo até mesmo em uma delas um crescimento negativo, que ocorreu pelo fechamento de algumas equipes.

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2014-2017, a expansão da ESF teve início pelos vazios assistenciais (2008). Por isso, no período estudado o crescimento foi semelhante em quase todas as AP, excetuando-se da 4.0 que, por ainda manter-se como vazio sanitário em 2015, obteve incremento importante de unidades de saúde.

**Tabela 1-** Expansão da ESF por área programática de outubro de 2015 a março de 2017

Área Programática	Equipes ESF Outubro/15	Equipes ESF março/17	Percentual de Crescimento %
AP 1.0	53	81	52,83
AP 2.1	67	64	- 4,47
AP 2.2	30	45	50
AP 3.1	158	221	39,87
AP 3.2	87	120	37,93
AP 3.3	124	182	46,77
AP 4.0	47	130	176,5
AP 5.1	125	165	32
AP 5.2	125	162	29,6
AP 5.3	114	125	9,06
<b>Total</b>	930	1295	39,24

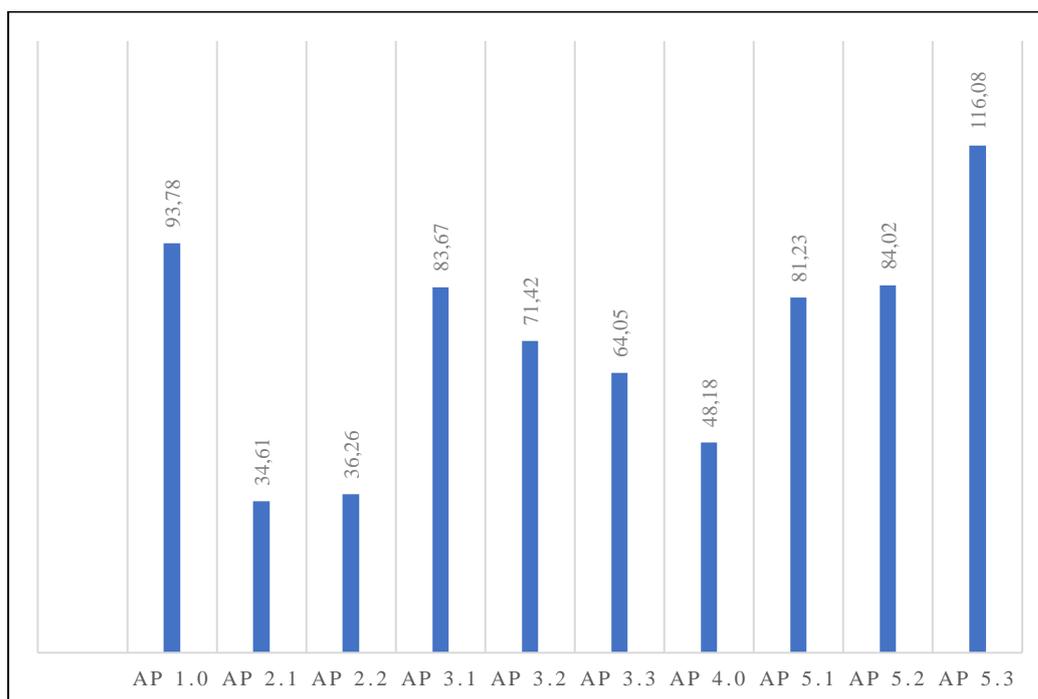
**Fonte** – SUBPAV, 2016.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

Já o **Gráfico 2** evidencia a relação entre a quantidade total de equipes ESF e a população de cada área programática. O número de habitantes foi extraído da plataforma SUBPAV, tendo como referência o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE 2010), podendo incorrer em inconsistências devido à grande mobilidade entre as áreas da cidade. O cálculo utilizado para verificação da cobertura toma como base que cada equipe ESF seja responsável por 3.450 pessoas cadastradas.

Observa-se que a cobertura populacional pela ESF não é homogênea na cidade. Há grande variação entre as áreas desde 34,61%, nas Regiões Central e Sul da cidade (AP 2.1 e 2.2), onde predomina a população com melhores índices socioeconômicos, até índices superiores a 100% na AP 5.3. Esta heterogeneidade traduz a opção de priorizar a cobertura em bairros da cidade com menor índice de desenvolvimento humano e onde existem historicamente vazios assistenciais (SMSRJ, 2013).

A presença de valores superiores a 100% de cobertura na AP 5.3 deve-se à existência de equipes com menor número de cadastrados do que o preconizado pela SMS/RJ, que é de 3.450 pessoas, como já descrito.

**Gráfico 2 - Percentual de cobertura de equipes ESF por AP**

**Fonte** – SUBPAV, 2016.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

## 5.2. Análise da produção de procedimentos de cirurgia ambulatorial

A extração das informações sobre procedimentos cirúrgicos ambulatoriais teve como base as referências padronizadas pela carteira de serviços e sistematizadas no banco de dados denominado de Carteirômetro, além dos dados padronizados no banco de informações do SIA/SUS.

O Carteirômetro, como descrito anteriormente, é uma ferramenta criada pela Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Sua análise permite uma mais acurada relação entre a expansão da ESF no período estudado e a realização dos procedimentos padronizados na carteira de serviços do Rio de Janeiro que se encaixem no objeto deste estudo, ou seja, sutura, drenagem de abscesso e retirada de unha (cantoplastia).

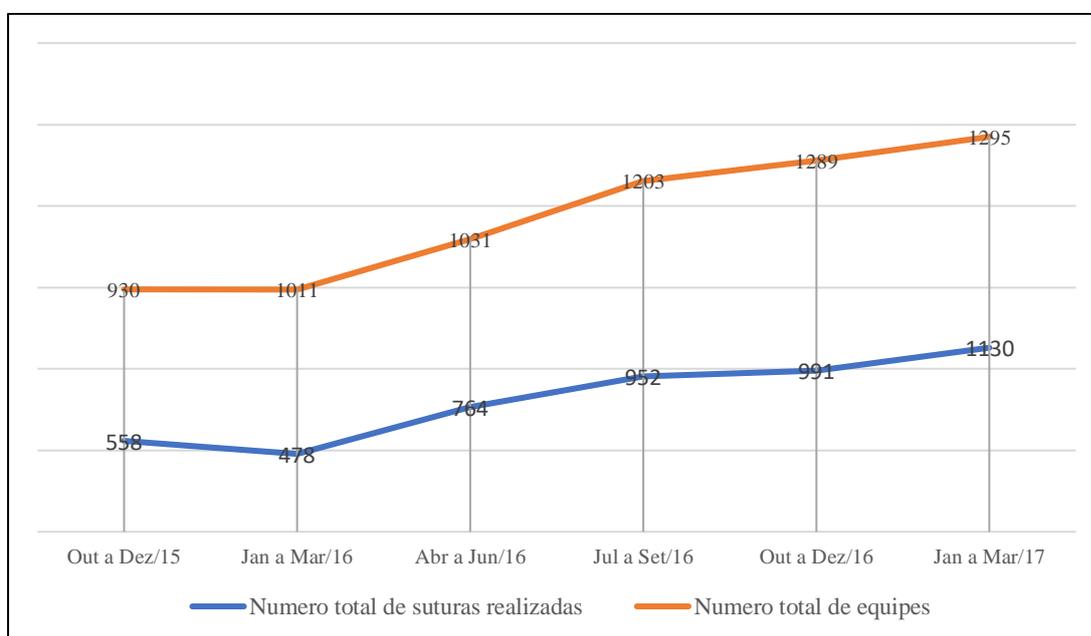
Estes tipos de registros dos procedimentos cirúrgicos possuem uma relação entre o diagnóstico e a intervenção cirúrgica realizada, exceto o registro “sutura”. O termo/registro sutura, por ser genérico, pode ser utilizado pelos profissionais em situações diversas, correspondendo desde a realização de excisão e sutura de lesões de pele suspeitas de neoplasia, até a sutura simples de lesões acidentais. Contudo, esta heterogeneidade na utilização deste registro não foi considerada um fator limitador para esta pesquisa, pois,

independente do diagnóstico, a sutura caracteriza-se como um procedimento de pequena cirurgia ambulatorial realizada na APS, logo, faz parte do escopo desta avaliação.

Nos gráficos abaixo serão analisadas as relações entre a produção de cada um destes procedimentos cirúrgicos e a evolução da implantação das equipes no período estudado.

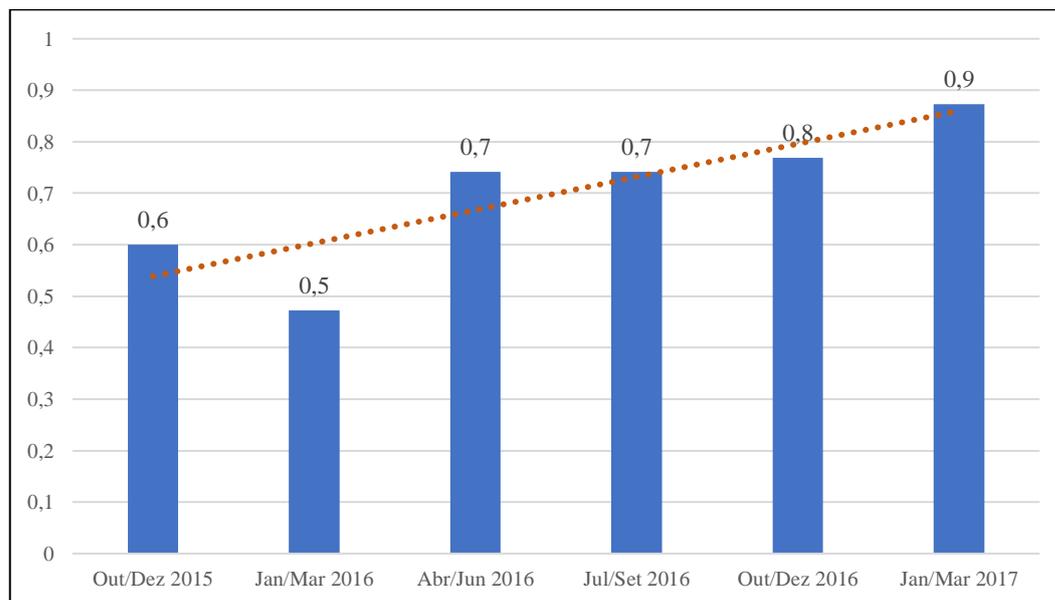
No **Gráfico 3** observa-se uma evolução linear de aumento dos registros de suturas que acompanha a expansão das ESF em todo o Rio de Janeiro. O incremento entre out/15 e mar/17 foi de 49,3%.

**Gráfico 3** - Distribuição do número absoluto de registros de suturas existente no Carteirômetro e o numero de equipes ESF por trimestre



**Fonte** – SUBPAV, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

**Gráfico 4** - Número de suturas/número de equipes ESF no mesmo período

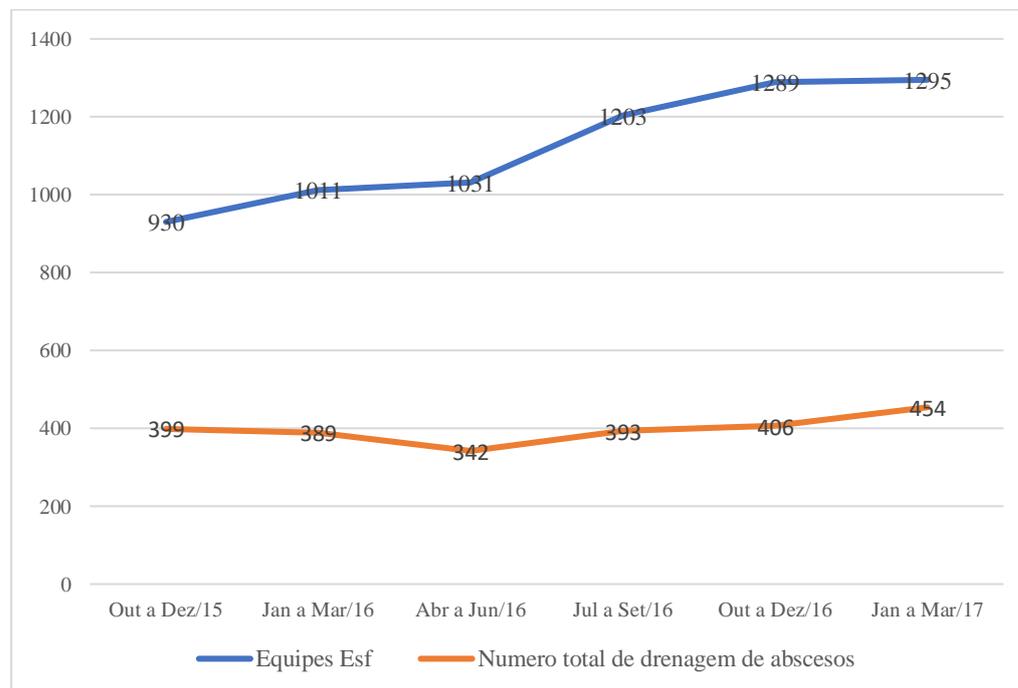
**Fonte** – SUBPAV, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

Os dois gráficos acima demonstram que houve incremento no número total de suturas realizadas no período de estudo. No entanto, percebe-se também que este incremento não levou ao aumento do total de procedimentos por equipe neste mesmo período.

Já os dados sobre a realização de drenagem de abscessos não demonstram um aumento tão significativo quanto ao caso da sutura.

**Gráfico 5** - Distribuição dos registros de drenagem de abscessos existente no Carteirômetro em relação ao número de equipes por trimestre

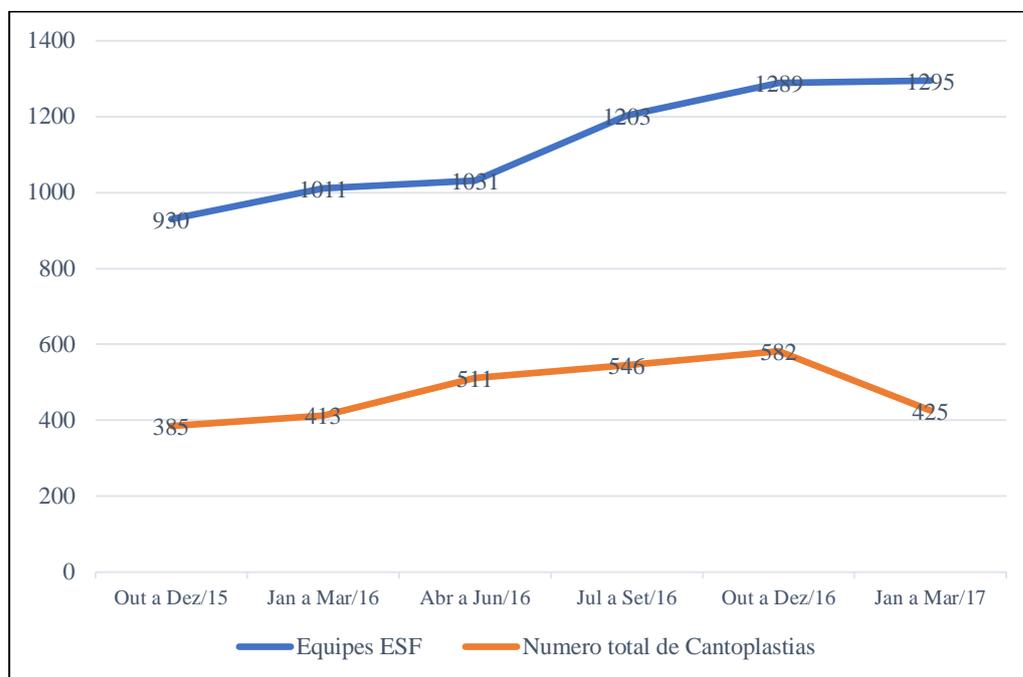


**Fonte** – SUBPAV, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017

A variação também não foi grande no caso da realização de cantoplastia. Este é um procedimento no qual a maioria dos médicos não é treinada na graduação médica e raramente são realizados em estágios em unidades de emergência.

**Gráfico 6** - Distribuição dos registros de cantoplastia existente no Carteirômetro em relação ao número de equipes ESF por trimestre

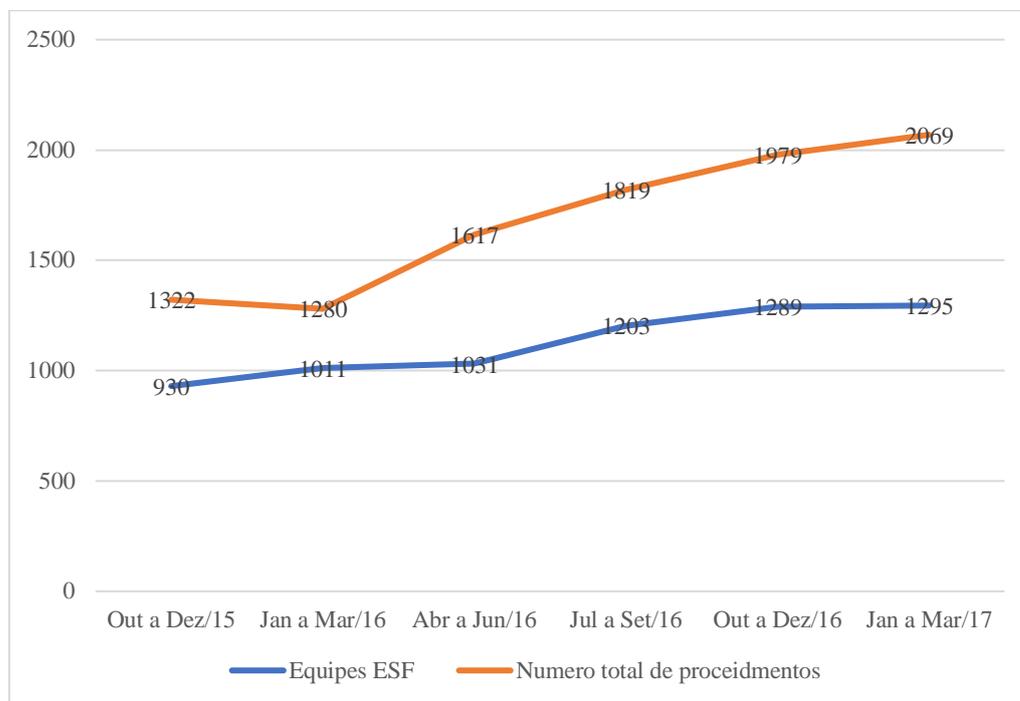


**Fonte** – SUBPAV, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017

Quando analisado o número total de procedimentos realizados (sutura, cantoplastias e drenagem de abscessos) em relação ao número de equipes implantadas, observa-se que houve um incremento significativo de procedimentos por trimestre de avaliação, chegando a uma diferença de 63,8% no final do período estudado. Um aumento superior ao verificado de ampliação do número de equipes ESF que foi de 39,25%.

**Gráfico 7** - Evolução dos registros de todos os procedimentos considerados de cirurgia ambulatorial no Carteirômetro em relação a implantação do número equipes ESF por trimestre



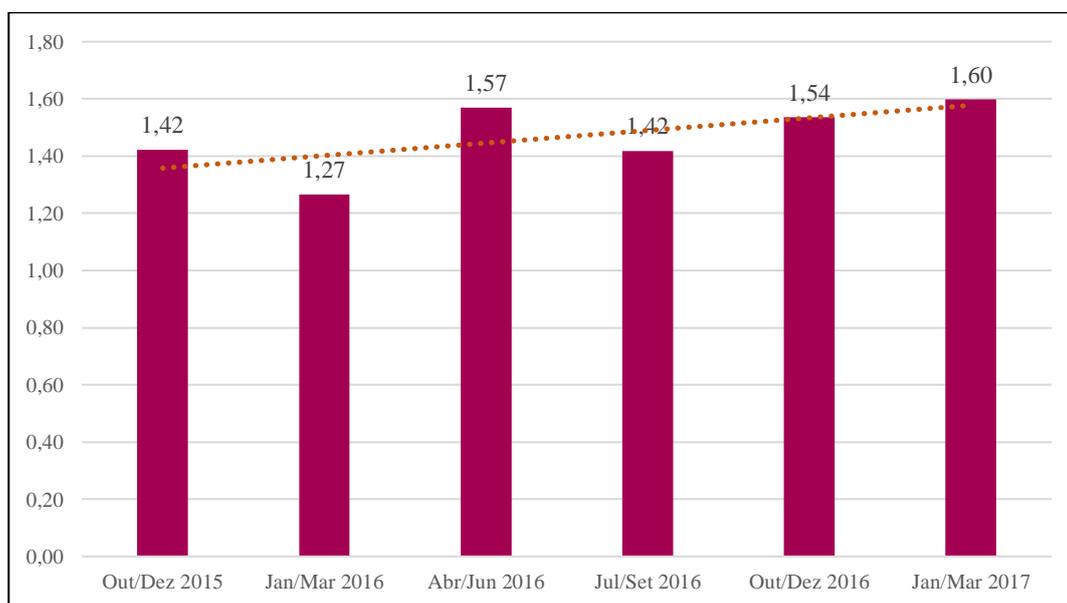
**Fonte** – SUBPAV, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

Embora se observe este incremento na realização de procedimentos cirúrgicos, ao dividirmos o número total de registros de intervenções pelo de equipes implantadas no último período analisado, encontra-se uma proporção de apenas 1,6 registros /equipe (**Gráfico 8**).

Este baixo número de procedimentos por equipe pode ser justificado por fatores diversos, como a subnotificação pelos profissionais, desconhecimento técnico, problemas estruturais entre outros a serem analisados.

**Gráfico 8** - Relação do número total de procedimentos extraído do Carteirômetro/número de equipes ESF



**Fonte** – SUBPAV, 2017.

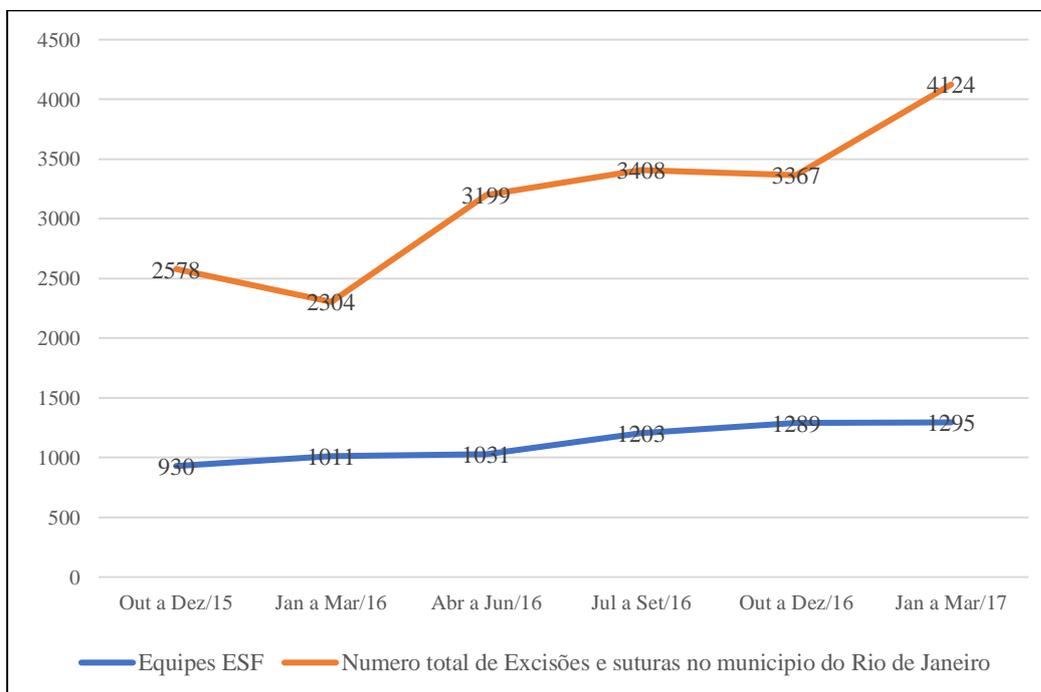
**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

Outra busca sobre procedimentos de cirurgia ambulatorial foi realizada na base de dados federal do DATASUS e sistematizada na ferramenta de análise denominada Tabnet (TABNET, 2017).

Esta plataforma permite uma visão panorâmica de todos os procedimentos realizados no Rio de Janeiro, como referido anteriormente, e permite que as buscas sejam filtradas por procedimentos realizados na APS. A nomenclatura dos registros relacionados aos procedimentos de cirurgia ambulatorial tem diferenças em relação ao Carteirômetro: excisão de lesão e/ou sutura de lesão de ferimentos da pele, anexo e mucosa; excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosas; drenagem de abscesso/ Incisão e drenagem de abscesso; exérese de tumor de pele e anexos/cisto sebáceo/lipoma.

Em seguida, os gráficos apresentam a relação dos dados extraídos do Tabnet em comparação com o número de equipes implantadas na cidade no período estudado. No Tabnet, o termo relacionado à excisão/sutura é mais discriminativo em relação ao tipo de intervenção do que o definido no Carteirômetro. Contudo, como no Carteirômetro, este registro foi onde se observou o maior número de procedimentos realizados e, também, um incremento de 49,5% que acompanha a expansão das equipes.

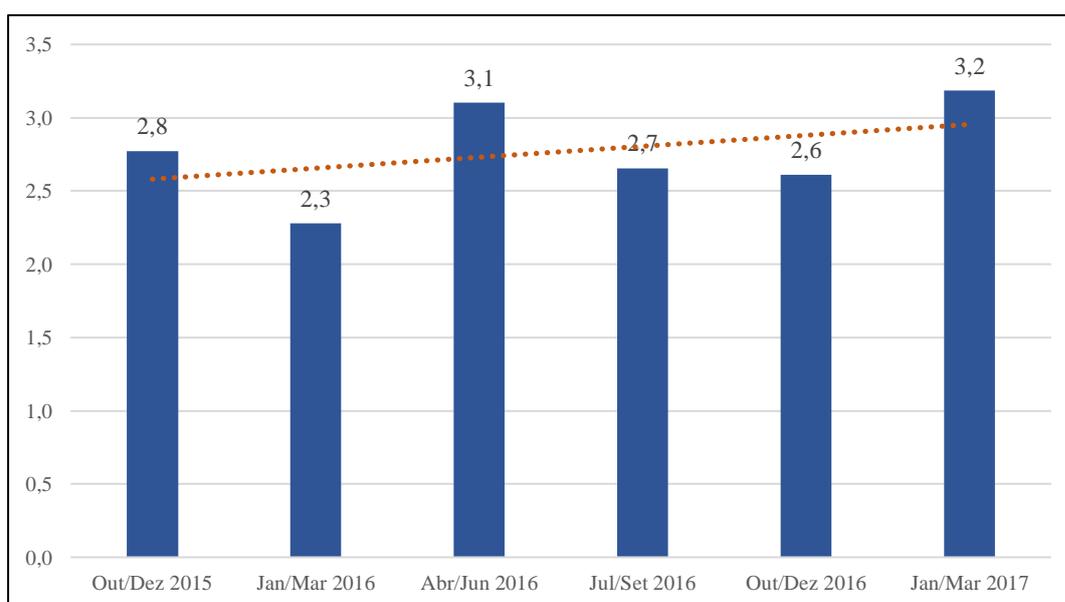
**Gráfico 9** - Número absoluto de excisão de lesão/sutura de ferimentos da pele, anexo e mucosa/excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosas comparados com o número de equipes ESF por trimestre



Fonte – TABNET, 2017.

Org. – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

**Gráfico 10** - Número de excisão de lesão/sutura de lesão de ferimentos da pele, anexo e mucosa/excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões/ferimentos de pele/anexos e mucosas/ número de equipes ESF

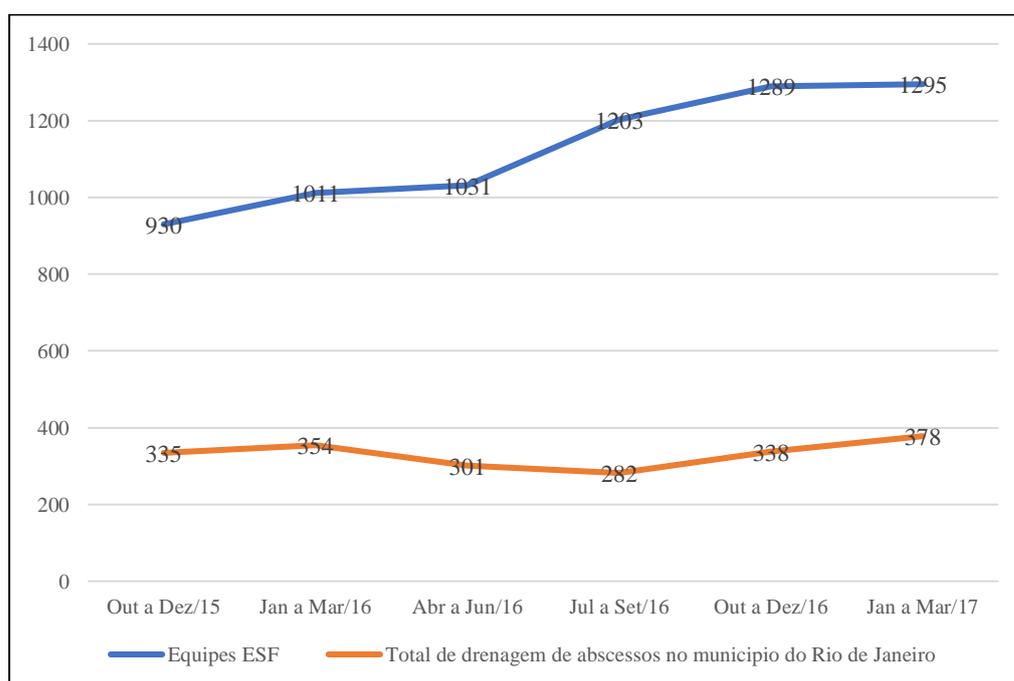


Fonte – TABNET, 2017.

Org. – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

Da mesma forma que se observou com os dados extraídos do Carteirômetro, apesar do incremento no número absoluto destes procedimentos, o mesmo não ocorre ao compararmos com o número total de equipes, permanecendo, de certa forma, constante. Há pequena variação da drenagem de abscesso em relação à evolução no número de equipes, como observado no **Gráfico 11**. Esta evolução é semelhante ao que observamos no Carteirômetro.

**Gráfico 11** - Evolução dos registros no Tabnet de drenagem de abscesso relacionados com o número de equipes ESF por trimestre

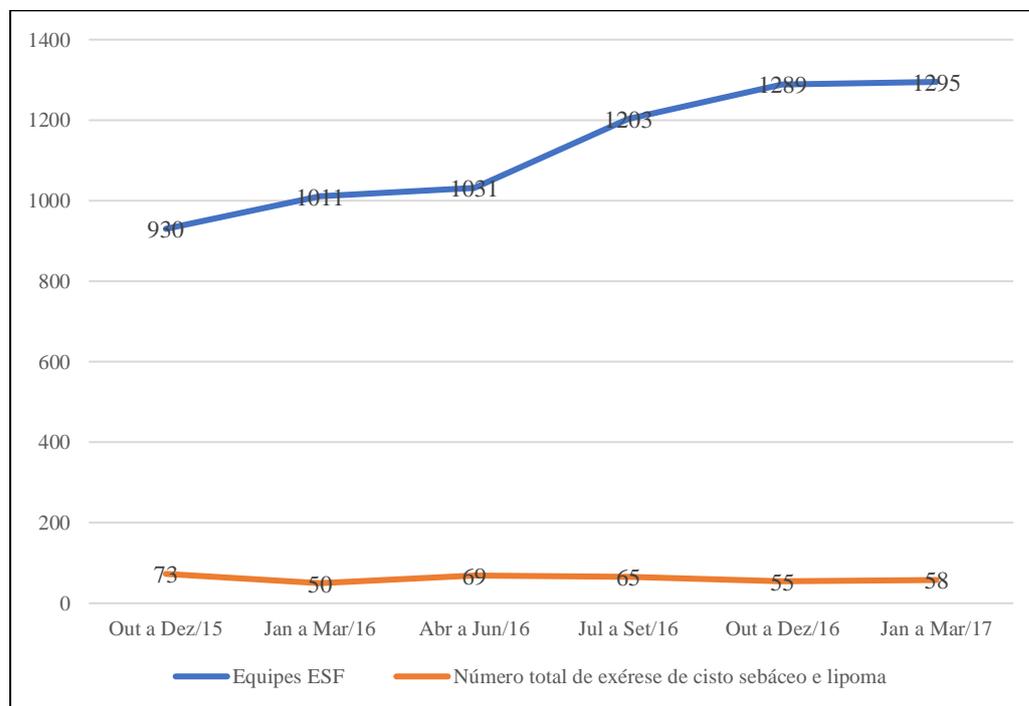


**Fonte** – TABNET, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

A variação da frequência de registros dos procedimentos classificados como retiradas de lipomas, cisto sebáceo e tumor de pele foi negativa em relação à evolução do número de equipes. Este registro não encontra uma nomenclatura semelhante no Carteirômetro, logo, não podemos realizar comparações entre os dois bancos de dados.

**Gráfico 12** - Distribuição dos registros no Tabnet de exérese de tumor de pele e anexos/cisto sebáceos/lipomas relacionados ao número de equipes Estratégia de Saúde da Família por trimestre



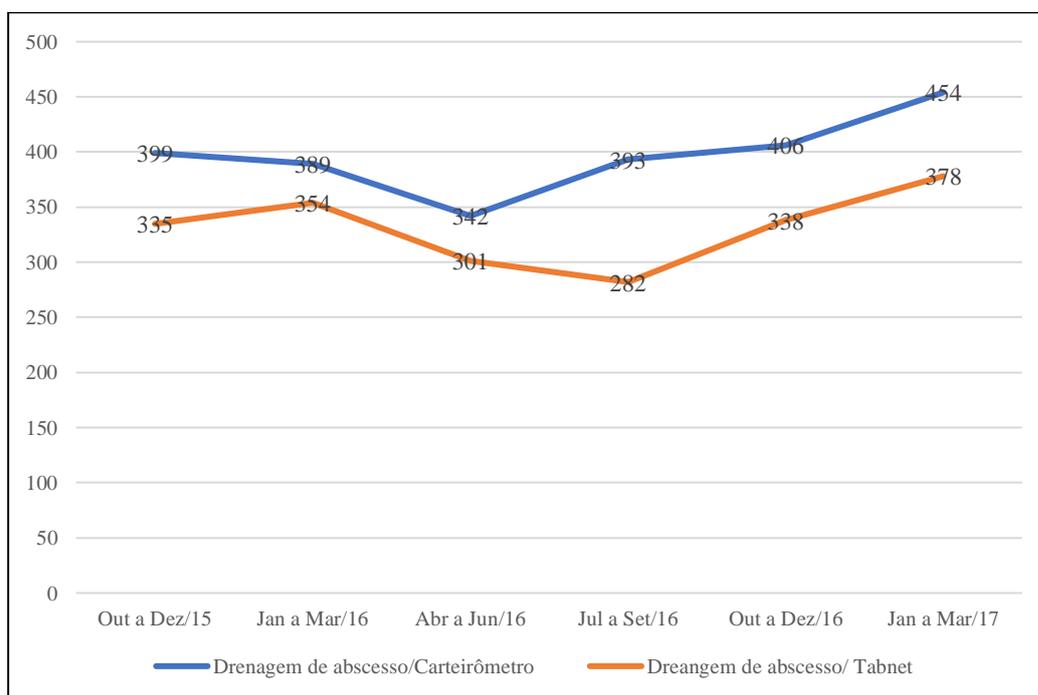
**Fonte** – TABNET, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

A pequena variação dos registros relacionados à excisão de tumor e lipoma pode ser explicada tanto pela forma como são registrados estes procedimentos pelos profissionais, como pode sinalizar a necessidade de melhores condições estruturais das unidades de saúde, além da qualificação dos médicos para sua realização.

O fato de existir nomenclaturas diferentes entre as duas plataformas dificulta a comparação. Ao pensar que ambas as plataformas produzem números relacionados a procedimentos de cirurgia ambulatorial na APS, poderia se pensar em uma equivalência entre as duas, mas não é o que se observa com os dados extraídos e apresentados nos gráficos. A exceção é o procedimento de drenagem de abscesso, para o qual a nomenclatura é semelhante como demonstrado no **Gráfico 13**. Este gráfico mostra uma concordância entre o quantitativo de abscesso drenados apresentados na plataforma Tabnet e os registrados no Carteirômetro.

**Gráfico 13** - Comparativo entre o total de drenagem de abscessos apresentados na plataforma Tabnet e no Carteirômetro



**Fonte** – TABNET, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

No entanto, como já referido, não há como realizar esta mesma comparação para os demais procedimentos de cirurgia ambulatorial. A explicação para este fato pode ser múltipla, mas passa pela necessidade de uma concordância entre as nomenclaturas do Carteirômetro e do Tabnet, bem como uma maior clareza do significado de cada uma das nomenclaturas e de quando e como o profissional que executa o procedimento deve utilizá-las.

Outro aspecto importante desta análise é que os dados extraídos das plataformas Carteirômetro e Tabnet fornecem um retrato da realização de procedimentos de cirurgia ambulatorial na APS nos 18 meses estudados (outubro/15 a março/17), demonstrando que a expansão da ESF levou a um incremento na realização destes procedimentos, contudo, estes estão aquém da capacidade da APS, principalmente quando discutimos sobre uma APS abrangente, qualificada e resolutiva, capaz de organizar as redes de atenção à saúde.

### 5.3. Análise das entrevistas sobre a realização de procedimentos de cirurgia ambulatorial na APS

Para tal, foram analisados os questionários *online* respondidos pelos médicos de família atuantes na APS no Rio de Janeiro. Do universo de 1.263 médicos convidados, em todas as etapas de convocação foram 69 retornos, o que configurou uma taxa de resposta de 5,58%.

Embora fosse esperada uma taxa de resposta próxima daquela identificada na literatura (entre 7% e 13%), o menor número alcançado não inviabilizou os objetivos da pesquisa, mas pode representar o distanciamento dos médicos das ESF do tema e ou das práticas cirúrgicas em seu cotidiano. Com as respostas encontradas foi possível delinear o contexto da realização de procedimentos de cirurgia ambulatorial na APS, entender as condições estruturais e operacionais, além da capacitação profissional e da qualificação promovida no processo de trabalho e na atenção prestada pelas equipes aos usuários.

Inicialmente foram analisados os dados que traçam o perfil dos médicos respondentes ao questionário.

**Tabela 2** - Divisão por sexo

<b>Sexo</b>	<b>Número absoluto (N)</b>	<b>Percentual (%)</b>
Feminino	46	66
Masculino	23	34
Total	69	100

**Fonte** - Pesquisa de campo, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

**Tabela 3** - Divisão por faixa etária

<b>Idade</b>	<b>Número</b>	<b>Percentual</b>
23 a 29 anos	17	25
30 a 39 anos	40	58
40 ou mais anos	12	17

**Fonte** - Pesquisa de campo, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

As **Tabelas 2 e 3** acima evidenciaram que a maioria dos profissionais têm idade superior a 30 anos (58%) e são do sexo feminino (66%).

**Tabela 4** - Distribuição por tempo de formado

<b>Tempo de formado (em anos)</b>	<b>Número total</b>	<b>Percentual</b>
Menos de 5 anos	17	24,6
Entre 5 e 10 anos	34	49,2
Mais de 10 anos	18	26,2

**Fonte** - Pesquisa de campo, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de. , 2017.

**Tabela 5** - Distribuição por tempo de atuação na APS

<b>Tempo de atuação na APS em anos</b>	<b>Número total</b>	<b>Percentual</b>
Menos de 2 anos	7	10,14
2 a 5 anos	22	31,88
6 a 10 anos	33	47,82
Mais de 10 anos	7	10,14
Total	69	100

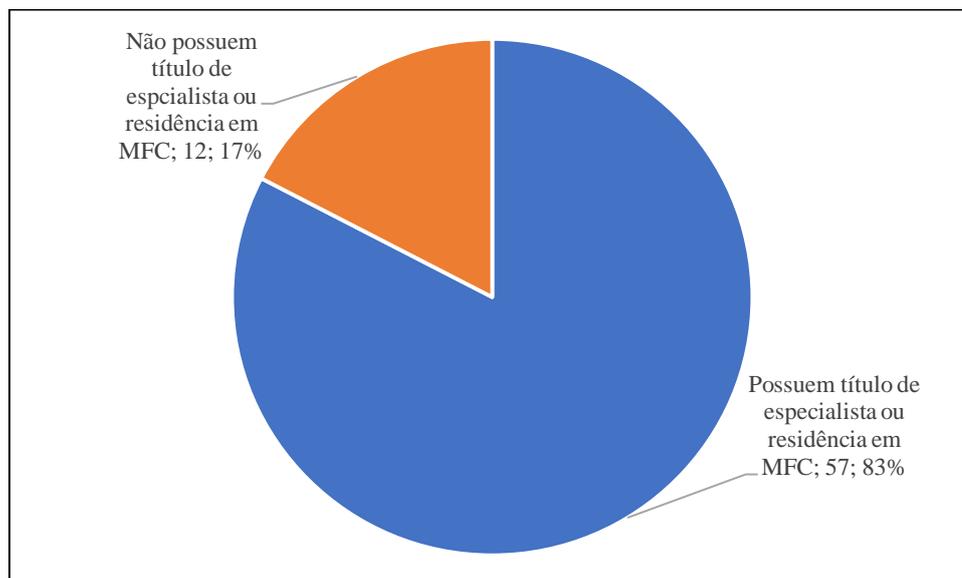
**Fonte** - Pesquisa de campo, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

Conforme a **Tabela 4**, 76% dos profissionais entrevistados foram formados há mais de 5 anos. Já a **Tabela 5** mostra que 90% dos médicos atuam na APS do Rio de Janeiro há mais de 2 anos. O Gráfico 5 mostra informações sobre especialização dos médicos na APS.

Quanto à realização de especialização (residência ou título de especialista), a grande maioria (83%) dos médicos afirmaram ter realizado especialização em Medicina de Família. Este dado não corresponde à realidade da distribuição de médicos especialistas entre aqueles que estão atuando na atenção primária na cidade (SMSRJ/SUBPAV 2017).

**Gráfico 14** - Distribuição por especialização/residência em Medicina de Família e Comunidade



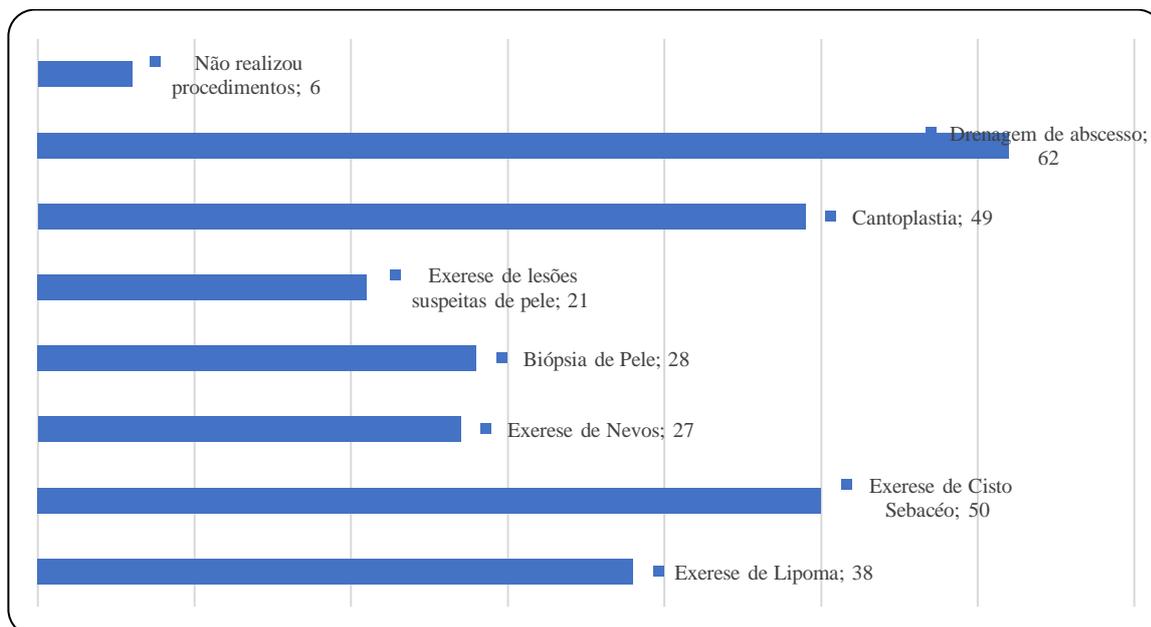
**Fonte** - Pesquisa de campo, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

Este perfil de profissionais pode representar um viés de seleção dos respondentes ao questionário, isto é, pode estar traduzindo um maior conhecimento e sensibilização dos médicos com especialização em relação à cirurgia ambulatorial no cotidiano de seus serviços.

Observa-se que, do universo de entrevistados, apenas seis pessoas declararam não realizar algum dos procedimentos cirúrgicos listados no questionário no período estudado.

**Gráfico 15** - Distribuição do tipo de procedimentos de cirurgia ambulatorial realizados no último ano informado pelos entrevistados



**Fonte** - Pesquisa de campo, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

As informações do questionário possibilitaram discriminar melhor os tipos de procedimentos realizados, diferentemente dos dados extraídos dos consolidados do Tabnet e do Carteirômetro.

Embora a comparação entre os bancos de dados e a resposta ao questionário pareça incorreta, ela nos fornece uma ideia geral de como vem ocorrendo esses procedimentos na prática diária, uma vez que ao se realizar quaisquer procedimentos, estes devem ser registrados no prontuário eletrônico. Ao ser registrado no PEP, é gerado um tipo de procedimento que é vinculado ao carteirômetro e um tipo de consulta que é vinculada ao Tabnet.

Os tipos de procedimento envolvem diferentes condições estruturais e processuais, assim como diferentes habilidades técnicas profissionais para sua realização. Estas indicações, portanto, contribuem de modo mais específico para entender as limitações para a incorporação destas práticas.

O fato de que a quase totalidade dos entrevistados afirmarem fazer drenagem de abscesso, tal informação não é compatível com os dados encontrados nos registros dos bancos de dados, onde observa-se um menor número deste procedimento comparado ao de sutura, por exemplo. Este quadro deve estar relacionado a uma intervenção muito comum na prática

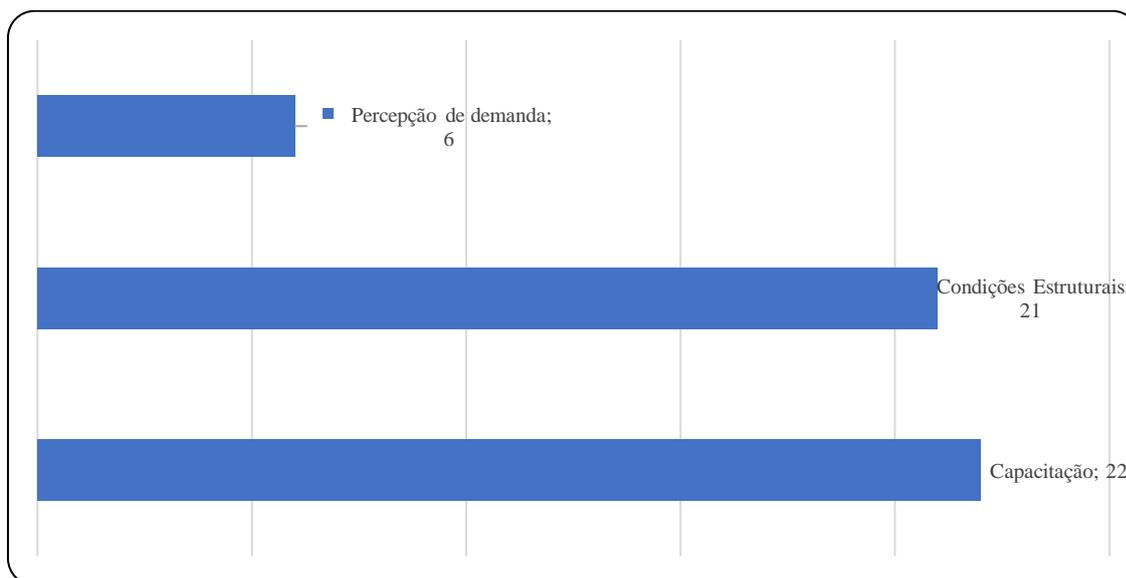
clínica em geral e na formação médica, sem necessidade de qualificação ou estruturas e processos específicos.

O crescimento do número de registros no Carteirômetro para cantoplastia e suturas (neste caso estamos inferindo que o registro de retirada de cisto sebáceo tenha sido registrado como sutura no carteirômetro) em relação à evolução da implantação das equipes, apesar de ter sido pequeno, pode estar correlacionado à incorporação destes procedimentos por médicos especializados em MFC e que responderam ao questionário. Estes procedimentos exigem habilidades cirúrgicas poucos difundidas na graduação médica, nas praticas clínicas em emergências ou de ambulatorios em geral, que são direcionadas à cirurgias. Porém, não dependem de estruturas, materiais ou fluxos diagnósticos mais específicos nas unidades de saúde.

Diferentemente, a realização de biópsia de pele e exérese de lesões suspeitas de pele, as quais menos da metade dos que responderam ao questionário afirmam executar, envolvem necessidade de maior capacitação profissional e de fluxos para diagnóstico histopatológico dos profissionais e serviços, respectivamente.

Para compreender melhor as limitações para realização destes diferentes tipos de cirurgias, o questionário solicitou que os médicos identificassem os motivos que impediam a execução. Estas razões apontadas foram separadas em três grupos:

- Aqueles relativos à percepção da demanda, ou seja, a identificação ou à falta de demanda para esses procedimentos nas unidades básicas, ou se a pressão assistencial impede a realização destes procedimentos;
- Os relacionados às condições estruturais, como ausência de estrutura física adequada nas unidades e/ou apoio da gestão local ou central para as cirurgias;
- Aqueles relativos à capacitação profissional para realizar estes procedimentos e compreende a percepção profissional em relação às habilidades e segurança para a execução do procedimento.

**Gráfico 16** - Motivos para a não realização de um ou mais procedimentos

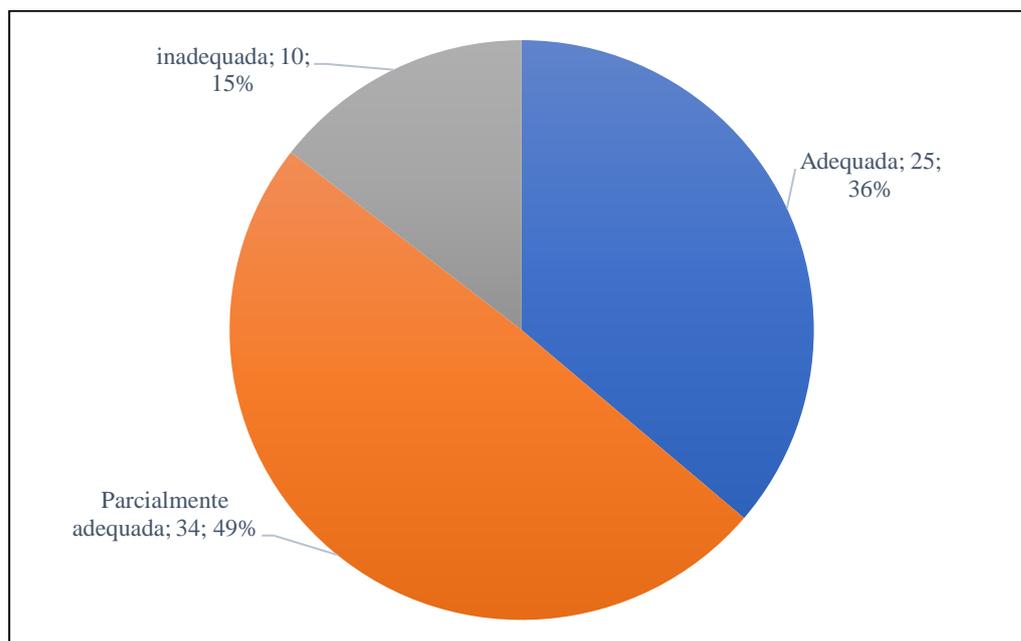
**Fonte** - Pesquisa de campo, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de , 2017.

Muitos identificaram mais de uma causa como limitadora para a realização dos procedimentos e cerca de 45 dos 69 médicos que enviaram o questionário não relataram nenhum impedimento para executar algum dos procedimento listados. Este é um número compatível com o quantitativo que reconheceu as condições estruturais adequadas ou parcialmente adequadas para a realização das cirurgias. Tal fato é validado ao comparar as informações sobre adequação com as declarações sobre os tipos de cirurgias feitas, onde observa-se que há profissionais que, apesar de identificarem limitações, realizam intervenções, como aponta o **Gráfico 20**.

Entre as principais razões apontadas para a não realização de um ou mais procedimentos cirúrgicos estão a ausência de condições estruturais nas unidades e a falta de capacitação, ambas com frequências semelhantes de resposta. Importante ressaltar que, dentre os seis entrevistados que não realizaram nenhum dos procedimentos no último ano, cinco identificaram a ausência de capacitação como justificativa.

Em relação às condições estruturais das unidades de saúde, o médico podia considerá-las como adequada, parcialmente adequada e inadequada. Portanto, a pergunta consistiu em uma avaliação subjetiva e global das condições para a realização das cirurgias.

**Gráfico 17** - Adequação estrutural das unidades de saúde para realização dos procedimentos

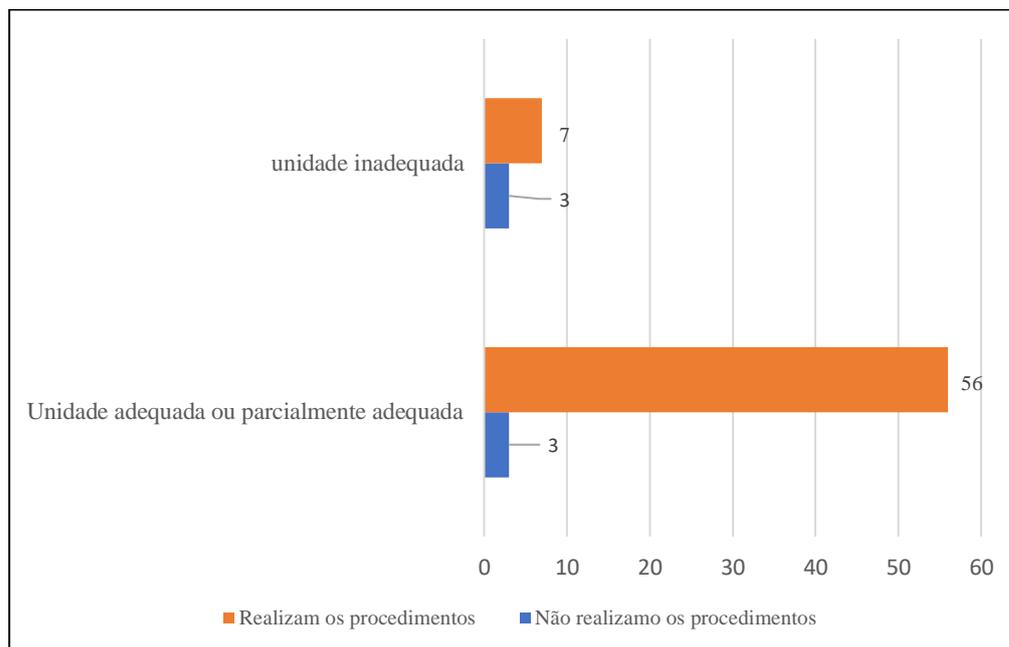
**Fonte** - Pesquisa de campo.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de , 2017.

A maioria dos entrevistados considera que sua unidade de saúde possui boa estrutura. Porém, a maioria relata que as condições são parcialmente adequadas. Este quadro pode justificar o fato de a maioria dos entrevistados realizem apenas os procedimentos que exigem menor complexidade, ou seja, aqueles cuja execução pode ser realizada em salas improvisadas, com menor quantitativo de material cirúrgico e não necessitam de fluxo de histopatológico.

Dentre os indivíduos que não realizam cirurgias, três consideram suas unidades inadequadas e três consideram parcialmente adequada, o que leva a crer que a estrutura inadequada não seria a única limitação. Por outro lado, entre os que afirmam realizar as cirurgias, sete consideram a unidade com condições inadequadas.

**Gráfico 18** - Comparação entre adequação da unidade de saúde e a realização de procedimentos



**Fonte** - Pesquisa de campo.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de , 2017.

Ainda discutindo sobre a adequação das unidades de saúde, para a realização dos procedimentos de cirurgia ambulatorial, baseados no Caderno de Atenção Básica número 30 (como descrito na metodologia), foi perguntado aos entrevistados sobre a existência de sala apropriada, bem como a presença de materiais cirúrgicos, insumos, além de fluxo de histopatológico e para esterelização de materiais. O resultado não foi muito diferente dos anteriores, a maioria citou a ausência de, pelo menos, um destes itens considerados primordiais para a correta realização de todos os procedimentos descritos anteriormente.

**Tabela 6** - Resposta dos entrevistados quanto a existência de condições estruturais para a correta realização dos procedimentos

<b>Estrutura da UBS</b>	<b>Adequada</b>	<b>Inadequada</b>
Sala Adequada	41	7
Existência de materiais cirúrgicos	56	13
Fluxo para esterilização de materiais	64	5
Fluxo para histopatológico	44	25
Existência de materiais de proteção individual.	61	8
Existência de insumos (gazes, luvas etc.).	62	7

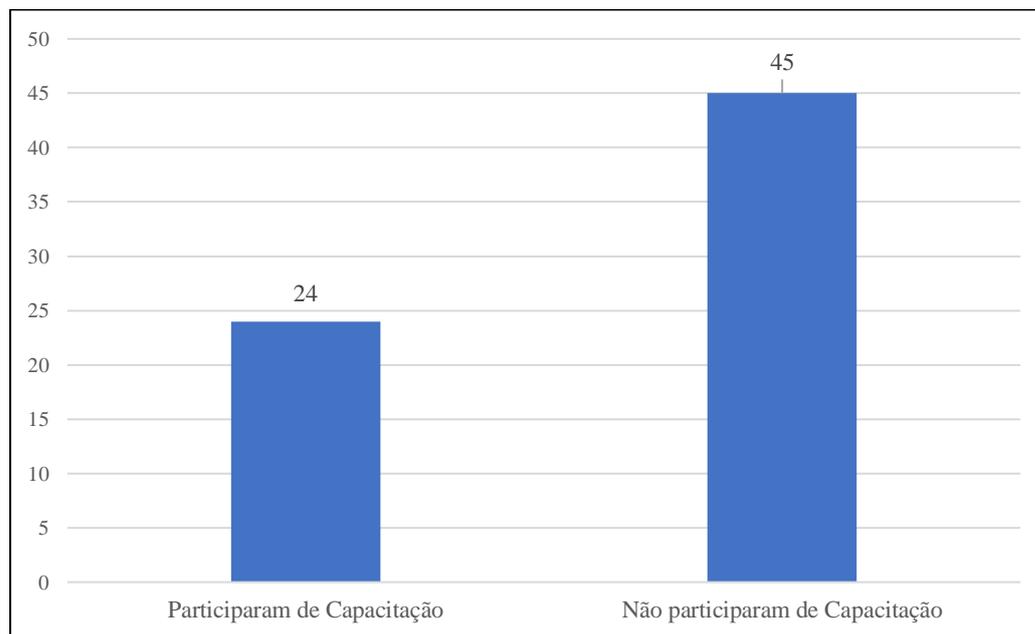
**Fonte** - Pesquisa de campo.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

Como observado na **Tabela 6** acima, os entrevistados apontaram como a maior dificuldade estrutural de suas unidades a realização de histopatológico, seguida pela ausência de materiais cirúrgicos adequados. Estas afirmativas corroboram com as avaliações anteriores, onde observamos um menor número de realizações de procedimentos mais complexos (**Gráfico 15**), exatamente por exigirem materiais apropriados e fluxo de histopatológico.

A capacitação profissional específica para realização das cirurgias foi outro elemento apontado como limitador na realização destas intervenções nas unidades de saúde.

De acordo com o **Gráfico 19**, apenas 24 entrevistados participaram de algum tipo de capacitação e destes, apenas um teve essa oportunidade fora do programa de residência de medicina de família e comunidade. A maioria, embora tenha realizado algum tipo de procedimento, não participou de nenhuma capacitação. A baixa ocorrência de treinamento em cirurgia ambulatorial pode ser uma explicação para o menor número de médicos que realizam procedimentos que exigem maior habilidade e segurança em técnicas cirúrgicas.

**Gráfico 19** - Distribuição em relação à capacitação em pequenos procedimentos

**Fonte** - Pesquisa de campo, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

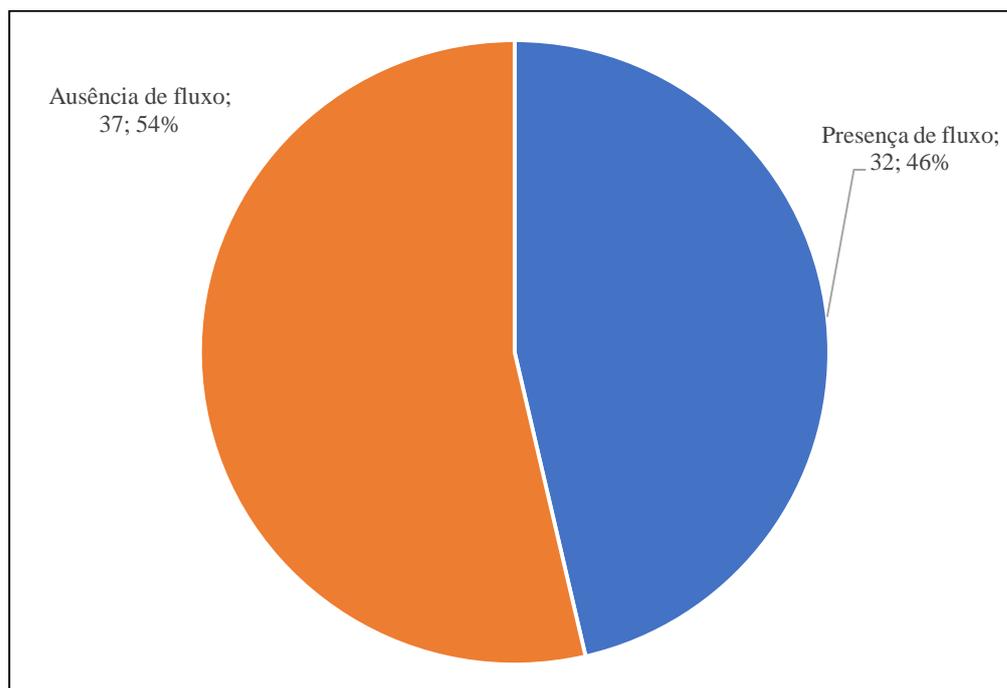
Outro ponto a ser observado é que seis entrevistados afirmaram não fazer nenhum tipo de procedimento, também não participaram de nenhuma capacitação.

Os médicos foram questionados sobre a existência de fluxo assistencial para a realização de procedimentos. Este fluxo seria composto por modalidades de acesso e/ou agendamento, estabelecimento de dia e horário protegidos na rotina do médico e divulgação do fluxo aos colaboradores da clínica e usuários.

Apenas 46% dos entrevistados (32) declararam a existência de fluxo assistencial. Destes, apenas 14 conseguem manter um turno semanal protegido para a cirurgia ambulatorial.

Observando ainda as respostas, vê-se que 37 entrevistados responderam não possuir nenhum tipo de fluxo estabelecido. Destes, 15 entrevistados citaram a falta de apoio da gestão e/ou pressão pela demanda assistencial. Em contrapartida, dos 32 entrevistados que referem possuir algum tipo de fluxo, apenas cinco apontaram das dificuldades acima.

**Gráfico 20** - Existência de fluxo para realização dos procedimentos nas equipes ESF



**Fonte** - Pesquisa de campo, 2017.

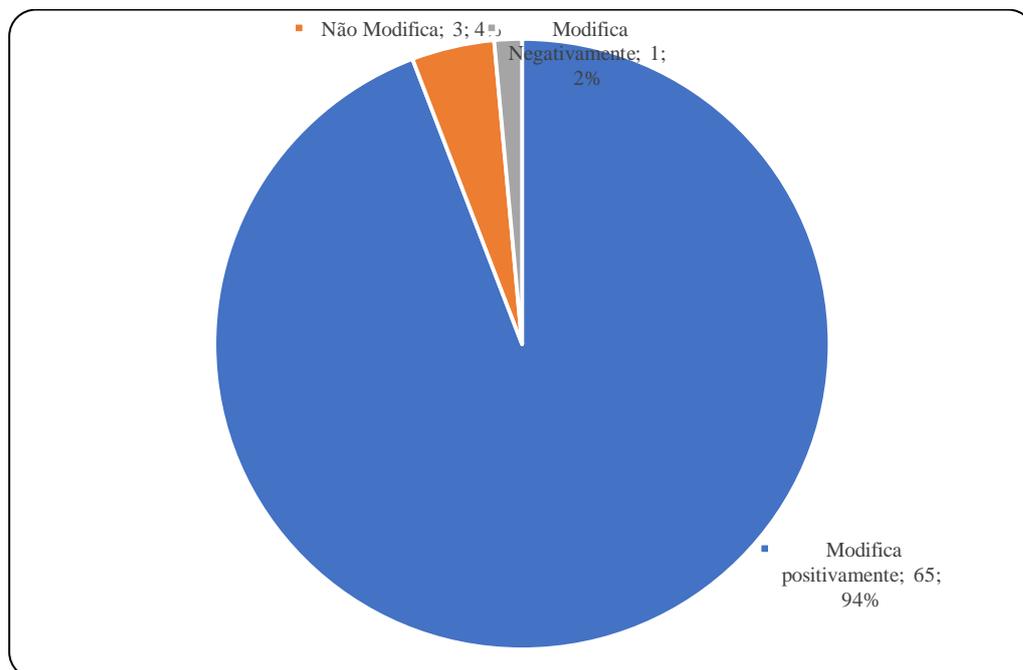
**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

As respostas das perguntas abertas do questionário buscavam perceber a visão do profissional sobre o papel e a importância da atividade cirúrgica para qualificar e valorizar os serviços e equipes, tendo como referência os atributos da APS.

As respostas foram analisadas quantitativa e qualitativamente e agrupadas em categorias que expressassem o impacto dos procedimentos em relação à resolutividade, à integralidade e ao acesso.

O **Gráfico 21** evidencia a percepção dos médicos em relação ao impacto que as atividades cirúrgicas promovem na visão dos usuários em relação à APS.

**Gráfico 21** - Percepção dos médicos em relação ao papel das cirurgias na visão dos pacientes sobre a APS



**Fonte** - Pesquisa de campo, 2017.

**Org.** – OLIVEIRA, Philipp Rosa de, 2017.

A maioria dos entrevistados (94%) consideraram que a realização das cirurgias modifica positivamente a visão do usuário sobre a atenção prestada na APS. Ao especificarem o motivo desta mudança, 78% dos médicos acreditam que ela se deve a mudança na percepção dos pacientes em relação à resolutividade da APS, pois consideravam que estas intervenções não ocorriam no âmbito das UBS

As falas que apontavam a mudança de percepção em relação à resolutividade da APS integravam este aspecto com outros como o o acesso e a integralidade:

*Quanto maior a resolutividade dos médicos que atuam na Unidade de Saúde da Família, maior a satisfação dos usuários. Reduzimos filas de espera, a apreensão pela realização de procedimentos com profissionais desconhecidos e, também, em locais muitas vezes de difícil acesso para os usuários (Entrevistado 1).*

*O paciente entende que a CF passa a ser o local de atendimento global, inclusive de procedimentos pouco invasivos e passa ter mais confiança na equipe técnica, retornando ao seu médico para ouvir sua opinião quando algum procedimento é sugerido por outro especialista ou outro setor (Entrevistado 2).*

Em relação ao estreitamento dos vínculos entre os usuários e as equipes da ESF, 92,8% dos médicos entrevistados consideraram que as práticas cirúrgicas modificam de forma positiva esse vínculo:

*Aumenta a confiança dos pacientes com a equipe de atenção primária, pois eles conseguem solucionar suas demandas relacionadas à necessidade de realização de pequenos procedimentos na própria unidade perto de casa. Isso fortalece o atributo da integralidade, essencial no trabalho da APS (Entrevistado 3).*

*Modifica positivamente o vínculo, pois geralmente os usuários verão que aqueles profissionais estão dedicados a resolver da melhor maneira as suas necessidades de saúde (Entrevistado 4).*

Quanto à percepção dos médicos sobre o impacto destas práticas para qualificar a Rede de Atenção à Saúde, 89% concordam que podem contribuir ou contribuir plenamente.

A percepção positiva nas respostas pode estar relacionada à grande fila de pacientes aguardando atendimento em pequenas cirurgias no sistema de regulação da SMSRJ, sobrecarga já referida anteriormente neste trabalho:

*Quanto mais resolutividade tivermos, melhor será para o sistema de atenção municipal, e poderemos deixar para os outros níveis resolverem as situações que realmente forem de uma complexidade maior (Entrevistado 4).*

*Além de pequenos procedimentos estéticos, realizar biopsias e exérese de lesões suspeitas torna o serviço resolutivo e melhora a qualidade da assistência prestada ao paciente. Com isso, aumenta-se a satisfação e o acesso do usuário (Entrevistado 5).*

Portanto, a visão de ampliação da resolutividade pode estar associada tanto à ampliação das práticas pelas equipes, como em relação à importância da atenção primária como elemento que qualifica a rede de atenção para resolver os problemas dos pacientes.

## 6. DISCUSSÃO

No Brasil, o Programa de Saúde da Família emerge a partir da Norma Operacional Básica de 1996 como uma estratégia técnico-política de reorganização do SUS. Contudo, foi através de um longo processo ainda em curso que a necessidade da qualificação e ampliação destas ações e serviços vem sendo alvo de investimentos das diferentes esferas de gestão da saúde.

Como marcos neste processo aponta-se a transformação de um programa em uma estratégia e o papel regulatório da Política Nacional de Atenção Básica de 2011. Apesar destes avanços, o estudo de Ligia Giovanella (2012) aponta a coexistência de diferentes modelos e condições que disputam um ainda não hegemônico conceito de APS abrangente.

Uma atenção primária que garanta os atributos de primeiro acesso, longitudinalidade, integralidade e resolutividade elencados por Barbara Starfield pode ser capaz de reduzir os custos e aumentar a qualidade do cuidado à população, “pois uma APS bem organizada é capaz de reduzir custos, evitando prescrições desnecessárias, bem como exames e procedimentos” (GIOVANELLA, 2012, p. 510).

De acordo com Giovanella (2012), a implementação da ESF nos municípios brasileiros ocorreu de forma heterogênea. A partir do incentivo financeiro do Ministério da Saúde houve uma expressiva expansão da estratégia a partir dos anos 2000.

O município do Rio de Janeiro só iniciou, efetivamente, a implantação da ESF em 2009, sendo que até 2008 possuía 3,5% de cobertura. A partir deste momento houve uma rápida expansão que possibilitou a cidade alcançar a meta de 70% de cobertura no final de 2016 (SMSRJ/SUBPAV, 2017). Com este aumento exponencial surgiram muitos desafios no sentido de garantir, além da implementação das equipes e unidades de saúde da família, a organização de uma APS abrangente, qualificada, pautada em seus atributos e capaz de organizar a rede de atenção.

Neste sentido, algumas ações foram efetivadas, entre elas o investimento na qualificação de profissionais médicos e enfermeiros através das residências voltadas para saúde da família. Outro movimento foi o de expandir os tipos de intervenções a serem realizadas pelas equipes nas UBS, no sentido de aumentar a resolutividade da APS no Rio de Janeiro. Neste contexto está inserida a adoção de uma carteira de serviços para a rede de atenção básica, tendo o papel de padronizar e regular as ações individuais e coletivas oferecidos na APS.

Para gestores e profissionais acompanharem a implementação das práticas definidas na carteira de serviços foi implementado o Carteirômetro, que consiste em um instrumento criado para manter um processo contínuo de avaliação das equipes e das unidades. (SUPAV, 2017).

Neste contexto de desenvolvimento de uma APS abrangente, qualificada e resolutive, observou-se a crescente incorporação de procedimentos de cirurgia ambulatorial pelas equipes da ESF. Verificou-se nos dados extraídos e consolidados do Carteirômetro e do Tabnet que a expansão das equipes de ESF foi acompanhado do incremento de 69% no total de procedimentos realizados no período estudado de 18 meses (outubro 2015 a março de 2017).

No entanto, houve um pequeno aumento, em termos absolutos, se este número for analisado em relação ao número de equipes de saúde da família com médicos atuantes ( $n = 1.263$ ), pois a proporção observada é de apenas 1,6 procedimentos/equipe. Este dado evidencia que, apesar do esforço de padronização e incentivo da carteira de serviços, ainda há uma baixa difusão da cirurgia ambulatorial entre as equipes da ESF no Rio de Janeiro.

É importante sinalizar, contudo, que o estudo identificou a heterogeneidade nos processos de registro de informações nos prontuários eletrônicos e nas nomenclaturas usadas no Tabnet e no Carteirômetro. Estes aspectos podem influenciar a forma de registro dos atendimentos/procedimentos por parte dos profissionais e dificultar a análise por tipo de cirurgia realizada. A exceção a esta diversidade são os registros da realização de drenagem de abscesso, que tem o mesmo fluxo de registro nos prontuários e semelhança de nomenclatura entre as bases de dados pesquisados.

Entre as três categorias (sutura, cantoplastia e drenagem de abscesso) usadas no Carteirômetro, a sutura pode significar o agrupamento de diferentes tipos de procedimentos, desde biopsias de pele e retiradas de lipoma, até uma simples correção de corte acidental. Já a cantoplastia e a drenagem de abscesso, são mais específicos. A classificação do Tabnet também usa a nomenclatura específica de drenagem de abscesso, contudo, as outras duas categorias agrupam diferentes intervenções que são divididas entre aquelas relativas à exérese de tumores de pele e anexos e as que envolvem a excisão/sutura de diversos tipos de lesão.

As diferenças descritas acima prejudicam a avaliação por tipo de cirurgia ou de lesão, mas não impedem a avaliação de que tenha havido aumento no quantitativo de procedimentos realizados e na evolução linear dos registros ao longo do período estudado.

A análise dos dados das plataformas permite observar que ocorreu crescimento desta atividade nas unidades da APS, porém, esta evolução ainda é insuficiente para reduzir a fila de usuários cadastrados no SISREG que aguardam atenção no nível secundário.

A correlação entre a pequena proporção de registros, o número de equipes implantadas (1,5 procedimentos/equipe) e a taxa de respostas aos questionários *online*, associado ao fato de que a grande maioria dos respondentes relatou especialização em medicina de família, trazem a ideia de que possa haver uma concentração de produção dos procedimentos entre alguns médicos e unidades básicas. A consideração destes fatos pode ainda estar relacionada com a maior capacitação dos médicos destas equipes

Embora o questionário tenha sido enviado para todos os médicos atuantes na APS, houve um grande predomínio de mulheres com mais de 30 anos, atuantes na APS do Rio de Janeiro há mais de 2 anos e que possuem especialização ou residência em MFC. Este último aspecto, como referido anteriormente, pode indicar que os médicos com especialização em MFC possam ter maior proximidade com o tema da cirurgia ambulatorial e, por conseguinte, disponibilidade e interesse em discutir este tipo de assunto.

As informações dos médicos nos questionários apontam que os tipos de procedimentos mais realizados nas unidades de saúde no último ano foram os menos dependentes de uma maior habilidade técnico-cirúrgica, como o caso da drenagem de abscesso. Contudo, apesar de mais citado pelos médicos, os dados da produção desta intervenção não mostraram aumento importante no período de estudo, diferente de outros procedimentos, como sutura.

De acordo com os dados extraídos das entrevistas, a maior frequência na execução de procedimentos de menor complexidade técnico-cirúrgica nas unidades de saúde pode ser explicada pela ausência de estrutura adequada das UBS e pela falta de capacitação dos profissionais para a realização de outros tipos de intervenções.

A ausência de estrutura adequada, que engloba limitações físicas das unidades como a ausência de sala apropriada, de materiais cirúrgicos e insumos, além de fluxos inadequados de histopatológico e esterilização de material (recomendados pelo Caderno de Atenção Básica número 30), dificultam a realização de alguns procedimentos cirúrgicos, em particular, daqueles relacionados ao diagnóstico de lesões suspeitas e biópsia de pele.

As limitações processuais estão relacionadas às contradições por parte de gerentes das unidades e dos gestores, pois apesar de estimulada na carteira de serviços pelo nível central da SMSRJ, os médicos relatam a falta de apoio da gestão (local ou municipal) e a pressão assistencial como elementos que dificultam a execução dos procedimentos de cirurgia ambulatorial já descritos anteriormente, particularmente aqueles com maior dificuldade operacional e técnica.

Neste sentido, a maioria dos entrevistados refere não possuir um fluxo estabelecido para a execução destes procedimentos e, dentre aqueles que possuem fluxo interno

estabelecido, apenas 14 conseguem garantir um horário protegido para as ações cirúrgicas. Portanto, no bojo de aumentar a qualidade e ampliar as ações da APS é preciso rever o processo de trabalho dos médicos de modo a abrir espaço para incorporação de novas práticas: “*Não temos tempo na minha unidade, pois a demanda livre e equipes com mais de 5 mil usuários não nos permite*” (Entrevistado 6).

O fato de que apenas 24 entrevistados terem referido algum tipo de treinamento em práticas cirúrgicas pode ser uma explicação para o baixo índice de médicos que afirmam realizar procedimentos tecnicamente mais complexos.

Se por um lado a residência de MFC teve o papel preponderante como estratégia de capacitação para pequenas cirurgias, por outro ela representa uma visão de APS abrangente por parte dos médicos. Pode expressar a preocupação destes especialistas em ampliar o escopo e a resolutividade de suas práticas.

Esta avaliação reflete a necessidade de que no escopo do desenvolvimento de uma APS mais resolutiva e em um contexto onde a grande maioria dos médicos atuantes no momento na ESF não fez residência médica em MFC, há necessidade de promover a capacitação nestas intervenções de modo mais ampliado para os médicos da rede municipal.

A capacitação é fator importante para a realização de procedimentos de cirurgia ambulatorial. De acordo com Williams (1991), é essencial que o *General Practitioner* (GP) seja adequadamente capacitado para realizar estes procedimentos. Outros estudos, como do de George (2008), questionam a eficácia da exérese de lesões de pele suspeitas de malignidade, justamente pela inabilidade dos GP em identificar e retirar de forma adequada (com margens de segurança) estas lesões, levando muitas vezes a novos procedimentos cirúrgicos em serviços de atenção secundária, o que eleva os custos.

Por outro lado, Starfield (2007) adverte quanto ao risco da excessiva especialização dos MFC, que pode provocar o erro de fragmentar a APS e surgirem novos médicos especialistas.

O desafio é aumentar a capacidade dos GPs para fornecer uma gama mais abrangente de serviços com consulta e conselhos adequados de especialistas e GPs com habilidades especiais, ao invés de transferir a responsabilidade do atendimento do paciente a estes (STARFIELD, 2007, p. 915).

Independente dos fatores citados acima, a realização de procedimentos de cirurgia ambulatorial na APS está incorporada às práticas do médico de família em diversos países como Reino Unido e Holanda. Pringle et al. (1991) apontam, inclusive, que a pequena

cirurgia realizada pelos GP, além de dar maior acessibilidade para os pacientes, é uma intervenção prática, econômica e com baixa taxa de infecção.

Essa recomendação foi observada na resposta dos entrevistados, sendo que, em sua maioria, compreendem que a realização dos procedimentos de cirurgia ambulatorial é fator importante para garantir uma APS qualificada, por seu potencial em modificar a visão do usuário em relação à APS, seja por elevar a resolutividade, garantir o acesso ou promover a integralidade do cuidado, propiciando, ainda, o fortalecimento do vínculo entre usuários e profissionais das equipes ESF.

Assim, percebe-se que os procedimentos de cirurgia ambulatorial podem contribuir na melhoria do cuidado com o usuário, uma vez que contribui com a percepção dos pacientes de uma APS como a porta de entrada para o sistema de saúde, além de garantir a integralidade de seu cuidado, fortalecendo o vínculo com os profissionais de sua equipe ESF. A ampliação da resolutividade das ações realizadas na APS também é um elemento que contribui na organização da RAS ao reduzir os encaminhamentos desnecessários a outros níveis de atenção e permitir um tratamento mais igualitário.

Observa-se que a APS possui uma potencialidade pouco explorada no Rio de Janeiro, nosso cenário de estudo, fato que pode se repetir no Brasil. A real compreensão desta potencialidade pode permitir um fortalecimento da APS, ainda muito fragilizada.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a delinear o quanto e como vem ocorrendo a incorporação da cirurgia ambulatorial na APS carioca. Para traçar este perfil, foram explorados os dados secundários provenientes de bases de dados locais e consultados os profissionais médicos sobre suas práticas cirúrgicas na APS

A compreensão deste cenário pode servir como um termômetro para a análise da qualidade, em particular, a resolutividade da atenção prestada nas unidades de saúde da família no Rio de Janeiro e, por conseguinte, da rede de atenção.

Observou-se que, com a ampliação das equipes da ESF, ocorreu um incremento significativo de procedimentos de cirurgia ambulatorial. No entanto, estes números não são capazes de retratar uma mudança generalizada desta prática na APS, implicando na qualificação, integralidade e resolutividade, uma vez que em termos absolutos, no último trimestre do período estudado, cada equipe ESF havia realizado em média 1,5 procedimentos.

Paralelo a este quadro, identificou-se que a presença de diversos prontuários eletrônicos no Rio de Janeiro, com formas diferentes de registro, afeta diretamente a produção dos dados a serem exportados para o Carteirômetro e Tabnet. Estas plataformas, por sua vez, por possuírem nomenclaturas diversas e genéricas, dificultam a percepção do número exato de cada tipo de procedimento realizado na APS carioca, limitando a visão geral da produção dos procedimentos de cirurgia ambulatorial pelas equipes.

Compreende-se que, para viabilizar uma melhor avaliação desta produção de serviços se faz necessário a padronização, não só dos prontuários eletrônicos, mas também das nomenclaturas vigentes nos prontuários, assim como nos bancos de dados.

A aplicação dos questionários *online*, embora seja uma ferramenta que facilita o tempo e os custos da pesquisa, trouxe algumas limitações. Uma delas foi a pequena, e provavelmente seletiva adesão ao chamado para participação, pois o perfil dos respondentes tinha, majoritariamente, especialização ou residência em MFC. A seletividade referida se deve ao fato de que esta frequência de médicos com especialização em MFC não corresponde à distribuição de profissionais na rede do Rio de Janeiro.

Apesar deste fato representar uma limitação dos objetivos do trabalho, por outro lado, pode ser um indicador de como a incorporação destes procedimentos na APS pode ter um caráter diferenciado entre os médicos especialistas e não especialistas inseridos na estratégia de saúde da família. Pode ser um indicador de maior envolvimento dos profissionais

especializados com a incorporação de novas práticas e com a qualificação do trabalho e da atenção prestada à população.

Esta preocupação com a resolutividade ficou evidenciada em respostas que valorizaram a importância da realização das cirurgias na ampliação do acesso, promover uma visão mais resolutiva da APS para os usuários e contribuir na formação dos vínculos entre profissionais e pacientes. Também foi possível evidenciar a necessidade de uma melhor adequação das unidades de saúde, não só em termos físicos e estruturais, mas também processuais, no intuito de criar condições que viabilizem a incorporação destes procedimentos no cotidiano das unidades de saúde e das equipes.

Outro ponto observado foi relativo à necessidade de investimento na capacitação profissional. A residência em MFC apareceu como a principal forma de capacitação dos médicos para realização de pequenas cirurgias ambulatoriais. Contudo, este tipo de capacitação profissional não deve ficar apenas sob responsabilidade dos programas de residência médica, pois muitos médicos atuantes na APS, no momento atual, não possuem este tipo de formação.

A incorporação da cirurgia ambulatorial, compreendida como um dos elementos no desenvolvimento de uma APS abrangente e qualificada, importante para a organização da rede de atenção em saúde e, por fim, para a garantia dos princípios do SUS, é dependente de um crescente investimento em recursos financeiros e em capacitação dos profissionais, assim como de uma concepção dos gestores da necessidade de implantação de uma APS qualificada e resolutiva, através de uma crescente incorporação de novas práticas em saúde.

Foi possível perceber que a APS carioca possui muitas potencialidades para atingir o objetivo de garantir qualificação, resolutividade e organizar a RAS. No entanto, fica evidente que ainda há necessidade real de investimentos, não só financeiros, mas de tempo, apoio, capacitação e estímulo aos profissionais atuantes na APS, para garantir melhores condições de saúde à população carioca.

A falta de investimentos na incorporação de práticas cirúrgicas na APS, o não reconhecimento deste objeto como parte das atribuições das equipes ESF e do seu papel na garantia dos atributos essenciais da APS, pautados na resolutividade e organização da RAS no país como um todo pode estar refletida na carência de estudos sobre os procedimentos de cirurgia ambulatorial na atenção primária no Brasil. Esta foi a lacuna a qual este estudo pretendeu contribuir na perspectiva de desenvolvimento de uma APS de qualidade e acessível no nosso país.

## REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BONI, V.; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. UFSC. Santa Catarina. v. 2 n. 1, p. 68-80. jan./jul. 2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/view/18027/16976>>. Acesso em 12 set. 2016.

CALAN, M. W.; SANFORD, E. **Public Trust in Health Care: The system or the Doctor?** *BMJ*. England. v. 13, p. 92-97, abril de 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15069214>>. Acesso em 11 abr. 2016.

COAST, J. et al. **Economic evaluation of a general practitioner with special interests led dermatology service in primary care**. *BMJ* England, p. 1444–1449, dezembro de 2005. Disponível em < [www.bmj.com/content/331/7530/1444](http://www.bmj.com/content/331/7530/1444)>. Acesso em 22 jun. de 2016.

CHRISTENSEN, C. M. et al. **Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade**. Porto Alegre, Bookman, 2009.

FREITAS, H., JANISSEK, R., MOSCAROLA, J. Dinâmica do processo de coleta e análise de dados via web. In: Congresso Internacional de Pesquisa Qualitativa (CIBRAPEQ), 2004, Taubaté (SP). **Anais...** Taubaté: CIBRAPEQ, 2004, p. 1-13. Disponível em: < [http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004\\_157\\_CIBRAPEQ.pdf](http://www.ufrgs.br/gianti/files/artigos/2004/2004_157_CIBRAPEQ.pdf) >. Acesso em 22 abr. 2016.

GIL, A. C.; **Como Elaborar Projeto de Pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GEORGE, S. et al. A prospective Randomised Compararison of minor surgery in primary and secondary care. Mistic trial, UK, **Health Technology Assessment**, v. 12, n. 23, 2008. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18505669>>. Acesso em 23 nov. de 2015.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed, Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 493-545, 2012.

GUILFORD, M.; MUNOZ, J.F; MORGAN, M. et al; What does “access to health care” mean? **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 7, n. 3, p. 186-188, 2002.

HALL, M. A.; DUNGAN, E.; ZENGH B. et al. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? **The Milbank Quarterly**, v. 79, n. 4, p. 613-639, 2001. Disponível em: <[onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.00223/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.00223/pdf)>. Acesso em 25 abr. 2015.

HARZEIM, E; LIMA K. M.; HAUSER L. **Reforma da Atenção Primária a Saúde no Rio de janeiro** - Avaliação dos três primeiros anos de clínica da família. Rio Grande do Sul, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=33&dados=1>>. Acesso em 24 fev. 2017.

LEESE, B.; TAYLOR, C.; BOSANQUET, N. **A sitch in time?** Minor surgery in general practice. York: University of York; April 1995. Disponível em:

<http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/discussionpapers/CHE%20Discussion%20Paper%20132.pdf>>. Acesso em abr. 2016.

MCWILLIAM, L. J.; KNOX, F.; WILKINSON, N.; OOGARAH, P. **Performance of skin biopsies by general practitioners**. BMJ. England. v. 303, p 1177-1179, novembro de 1991. Disponível em < [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1747616](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1747616)>. Acesso em 23 abr. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Gestão Participativa. **Reorganizando o SUS no Rio de Janeiro**. Brasília. Ed. Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família**. Brasília. Ministério da Saúde. 2010. Disponível em:

<[bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias\\_saude\\_familia\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf)>. Acesso em 15 ago. 2016.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_4ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf)> acessado em 10 jul. de 2016.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção Primária número 30 – Procedimentos**. Brasília, 2011. Disponível em: <[dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab30](http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab30)>. Acesso em 15 de mar. 2016.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. **TABNET**. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 2 jan. 2017.

MENDES, E.V. **As redes de Atenção a Saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-americana da saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: O imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A Atenção a Saúde Coordenada pela APS: Construindo as redes da atenção no SUS**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde, 2011. Disponível em:

<[www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS\\_Verde\\_web\\_final.pdf](http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf)>. Acesso em abr. 2017

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66. p. 158-64. 2013. Disponível em:

< [www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2016.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 8 ed., Rio de Janeiro, 2009.

PIOVEASNI, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 4., p. 318-25, 1995. Disponível em [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101995000400010&script=sc](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101995000400010&script=sc)>. Acesso em jul. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO DE JANEIRO. **Plataforma SUBPAV**. Disponível em: <<https://subpav.org/logar.php>>. Acesso em: 2 fev. 2017

PRINGLE, M.; HASLER, J.; DE MARCO, P. **Training for minor surgery in general practice during preregistration surgical posts**. *BMJ*. England, v. 302. p. 830-832, abril de 1991. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2025708>>. Acesso em: 18 de jun. 2016.

RICO, A.; SALTMAN, R.; BOERMA, W. Organizational restructuring in European Health System: the role of primary care. **Social Policy & Administration**. Madri/Espanha, v.37, p. 592-608, 2003. Disponível em: <[onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9515.00360/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9515.00360/full)>. Acesso em jul. 2016.

RODRIGUES, L.B.B.; SILVA, P.C.S.; PERUHYPE, R.C. et al. Atenção Primária á Saúde na coordenação das redes de Atenção: Uma Revisão Integrativa. **Ciência e Saúde coletiva**. Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p.343-352, 2014. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci...tlnng..](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci...tlnng..)>. Acesso em: jul. 2016.

SANTOS, J.S.; SANKARAKUNTTY, A.K.; JUNIOR, W.S. et al. **Cirurgia ambulatorial: do Conceito à Organização de serviços e seus Resultados**. Ribeirão Preto, v. 41, n. 3, p. 274-286, 2008. Disponível em: <[revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP\\_4Cirurgia\\_ambulatorial.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N3/SIMP_4Cirurgia_ambulatorial.pdf). >. Acesso em jul. 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL (SMSDC). **Coordenadoria Geral de Saúde da Área Programática 2.2**. Disponível em: <<http://cap22tijuca.blogspot.com.br/p/unidades.html>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Superintendência de atenção Primária. **Carteira de serviços prestados na Atenção Primária**, 2011.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. **Subsecretária de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde**. Disponível em: <<https://subpav.org/index.php>>. Acesso em 24 fev. 2017.

\_\_\_\_\_. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2014-2017**. Disponível em: <[www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS\\_20142017.pdf](http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf)>. Acesso em 26 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. **Sistema de Informação em Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.rio.rj.gov.br>>. Acesso em 24 fev. 2017.

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. **Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade**, 2015. Disponível em: <[www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2016.

STARFIELD, B. Efetividade e equidade em serviços de saúde através da atenção primária em saúde. In: Terceiro Seminário Internacional: avaliação da APS e gestão por resultados, 2007, Recife. **Anais...** Disponível em: <[189.28.128.100/dab/docs/eventos/seminario\\_inter\\_dab/barbara\\_starfield\\_eua.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/eventos/seminario_inter_dab/barbara_starfield_eua.pdf)>. Acesso em 23 abr. 2016.

STARFIELD, B.; **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-5656](http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/sus-5656)>. Acesso em 17 jul. 2016.

STARFIELD, B.; GERVAS, J.; VIOLAN, C. et al. **GPs with special Interests: Unanswered questions**. British Journal of General Practice, England, v. 4, p. 912-917, November 2007. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/5870816\\_GPs\\_with\\_special\\_interests\\_Unanswered\\_questions](https://www.researchgate.net/publication/5870816_GPs_with_special_interests_Unanswered_questions)>. Acesso em 23 abr. 2016.

VIANNA, D. Há relação entre custo-efetividade de acordo com diferentes metas? **Rev. Bras. Hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 17, n 3. p. 182-185. 2010. Disponível em: <[departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/12-relacao.pdf](http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/12-relacao.pdf)>. Acesso em: 17 jul. 2016.

WILLIAMS, R. B., BURDGE, A. H, JONES, S. L. **Skin biopsy in general practice**. BMJ. England, v. 303, p. 1179-80, novembro 1991. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/.../bmj00152-0037.pdf>>. Acesso em: 23 abr. de 2016

## ANEXOS

### Anexo A - Sumário da Carteira de Serviços do Município do Rio de Janeiro

#### Procedimentos/Cirurgias Ambulatoriais

Os Procedimentos/Cirurgias Ambulatoriais oferecidos são:

- Sutura de lesões superficiais de pele
- Biopsia/punção de tumores superficiais de pele
- Retirada de corpo estranho subcutâneo
- Exérese de calo
- Desbridamento e curativo de escara ou ulceração
- Curativo
- Curativo em pé diabético
- Anestesia loco-regional
- Cirurgia da unha (cantoplastia)
- Drenagem de abscesso
- Tratamento de miíase furunculóide
- Drenagem de hematoma subungueal
- Retirada de pontos
- Manejo de queimaduras
- Drenagem de abscesso
- Retirada de corpo estranho de olho
- Retirada de corpo estranho de ouvido
- Retirada de corpo estranho de nariz
- Tamponamento de Epistaxe
- Remoção de cerume
- Nebulização
- Aplicação de medicação parenteral
- Coleta de material de sangue para exame laboratorial
- Coleta de material de urina para exame laboratorial
- Coleta de material de escarro para exame laboratorial
- Realização de exame de radiografia
- Realização de exame de ultrassonografia
- Realização de exame de eletrocardiografia
- Retirada de gesso
- Inserção de DIU
- Coleta de material para exame citopatológico (papanicolaou)
- Controle de pressão arterial
- Controle de glicemia capilar
- Realização do teste do pezinho
- Realização do teste do reflexo vermelho
- Realização do teste da orelhinha
- Emissão de atestados
- Administração de medicamentos por paciente
- Administração de medicamentos para tuberculose
- Terapia de reidratação oral
- Consulta pré-natal realizada por enfermeiro
- Consulta puerperal realizada por enfermeiro
- Consulta para diagnóstico diabetes mellitus
- Acompanhamento e aval portadores diabetes mellitus
- Atendimento hipertensão arterial normal
- Atendimento hipertensão arterial elevada
- Atividade coletiva de educação em saúde prof. nível médio
- Atividade coletiva educação em saúde prof. nível superior

- Atividades executadas por agente comunitário de saúde
- Visita domiciliar por profissional de nível médio
- Assistência ao parto domiciliar sem distocia por médico
- Consulta/atendimento de urgência em clínicas básicas
- Cauterização química de pequenas lesões
- Atendimento médico de urgência com observação
- Consulta médica do PSF
- Consulta/atendimento em atenção básica de enfermeiro
- Consulta médica domiciliar
- Consulta médica para hanseníase
- Consulta médica puerperal
- Consulta para avaliação clínica do fumante
- Ação coletiva de escovação dental supervisionada
- Ação coletiva de bochecho fluorado
- Ação coletiva de aplicação tópica de fluor-gel
- Cateterismo uretral
- Visita domiciliar consulta/atendimento em atenção básica
- Consulta para hanseníase
- Terapias em grupo
- Sessão de acupuntura com inserção de agulhas (opcional)
- Extração de corpo estranho na vagina
- Excisão de pólipos uterinos
- Sinovectomia de punho
- Infiltração de corticóide em articulações
- Avaliação de acuidade visual
- Fundoscopia (exame de fundo de olho)
- Estesiometria (teste de sensibilidade)

## Anexo B - Sumário do Caderno de Atenção Básica número 30

<b>Procedimentos</b> .....
<b>2.1 Drenagem de abscesso</b> .....
<b>2.2 Exérese de cistos, lipomas e nevos</b> .....
<b>2.2.1 Cisto sebáceo</b> .....
<b>2.2.2 Lipoma</b> .....
<b>2.2.3 Nevos</b> .....
<b>2.3 Lavagem auricular – retirada de cerume</b> .....
<b>2.4 Lavagem gástrica</b> .....
<b>2.5 Remoção de corpos estranhos</b> .....
<b>2.5.1 Tipos de corpos estranhos</b> .....
<b>2.5.1.1 Farpas de madeira e metálicas</b> .....
<b>2.5.1.2 Pedras, roupas</b> .....
<b>2.5.1.3 Vidro</b> .....
<b>2.5.1.4 Projéteis de arma de fogo</b> .....
<b>2.5.1.5 Corpo estranho subungueal</b> .....
<b>2.5.1.6 Ferimento por prego</b> .....
<b>2.5.1.7 Remoção de anzol</b> .....
<b>2.5.1.8 Remoção de anel</b> .....
<b>2.5.1.9 Corpo estranho ocular</b> .....
<b>2.5.1.10 Corpo estranho nasal</b> .....
<b>2.5.1.11 Corpo estranho no conduto auditivo</b> .....
<b>2.5.1.12 Corpo estranho retal</b> .....
<b>2.6 Remoção de molusco contagioso</b> .....
<b>2.7 Tratamento de feridas superficiais</b> .....
<b>2.8 Tratamento de unha encravada</b> .....

Anexo C - Currículo Baseado em Competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e comunidade com as habilidades consideradas essenciais e desejáveis

2.1.19 Realização de procedimentos ambulatoriais				
	Pré-requisitos	Essencial	Desejável	Avançado
1	Demonstra conhecimento de técnica cirúrgica.	Realiza procedimentos cirúrgicos essenciais (drenagem de abscesso, sutura, cantoplastia).	Realiza procedimentos cirúrgicos ambulatoriais intermediários (biópsia por shave, punch ou excisional; crioterapia; eletrocauterização; maneja calos; retira cistos, lipomas e lesões suspeitas com margem).	
2		Conhece as indicações, contraindicações e complicações dos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.		
3		Insere e retira DIU.		
4		Colhe e faz o preparo de exame de citologia oncológica (papanicolaú).		
5		Faz cauterização química de verruga viral.	Faz cauterização elétrica de lesões.	
6		Faz anestesia local e bloqueios anestésicos de quirodáctilos e pododáctilos.	Faz bloqueios anestésicos periféricos.	
7		Realiza procedimentos de urgência, como sutura, curativos, compressões e imobilizações.	Faz cateterismo vesical, passa sonda nasogástrica.	
8		Faz injeção intramuscular, subcutânea e intravenosa.	Faz punção e infiltração articular.	Faz punção lombar e líquórica.
9		Faz remoção de cerume, retirada de corpo estranho, frenectomia e tamponamento nasal anterior.	Realiza tamponamento nasal posterior.	Drena abscesso periamigdalino.
10			Realiza: infiltração articular e periarticular (ombro, joelho, bursa trocântérica, bursa pré-patelar); drenagem articular; aspiração de cisto sinovial.	Realiza: acupuntura; agulhamento de pontos de gatilho; infiltração articular e periarticular mais complexa (túnel do carpo, De Quervain, epicondrites, dedo em gatilho, etc.); manipulação de coluna.

## APÊNDICES

Apêndice A - Entrevista on-line distribuída aos médicos de família



Entrevista semiestruturada sobre realização de pequenos procedimentos em cirurgia ambulatorial na Atenção Primária à Saúde a ser aplicada *online* através de *e-mail* aos médicos atuantes na APS do Rio de Janeiro.

Identificação:

Unidade Atual:

Ano de Formatura:

Tempo de Atuação da APS (no Rio de Janeiro):

Idade:

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Possui formação em medicina de Família (residência ou título):

Possui outras formações (outras especialidades):

1. Você realizou algum dos procedimentos abaixo em unidade de atenção primária a saúde no município do Rio de Janeiro no último ano? Você pode marcar mais de uma alternativa:

- Exérese de Lipoma;
- Exérese de cisto sebáceo;
- Exérese de nevos.
- Biópsia de pele;
- Exérese de lesões suspeitas de pele;
- Cantoplastia;
- Drenagem de abscesso;
- Não realizei nenhum dos procedimentos acima.

2. Caso não tenha realizado nenhum dos procedimentos no último ano, por favor, identifique nas opções abaixo aquelas que expressam fatores relacionados a sua negativa (pode ser identificado mais de um):

- Desconhecimentos técnico;
- Falta de treinamento;
- Não me sinto seguro para realizar esses procedimentos;
- ausência de estrutura adequada (sala apropriada, material cirúrgico, fluxo para esterilização e Histopatológico);
- Esse tipo de procedimento deve ser realizado na atenção secundária;
- falta de tempo devido a pressão da demanda por consultas;
- Falta de apoio da gestão municipal para realizar esses procedimentos na unidade de saúde;
- Falta de apoio da gestão local para realizar esses procedimentos na Unidade de saúde;
- dificuldade dos usuários a aceitarem a realização desses procedimentos da APS;
- Falta de demanda;
- Outros. Explícite:

3. Sua unidade de saúde está adequada para a realização de procedimentos de cirurgia ambulatorial?

adequada     parcialmente adequada     inadequada

4. Identifique entre os itens abaixo aqueles que NÃO SÃO DISPONÍVEIS em sua unidade de saúde:

- Sala adequada (própria para realização de procedimentos);
- Presença de material Cirúrgico (tesoura, pinças, bisturi, Kelly, etc.);
- Existência de insumos (gazes, luvas, campos estéreis, e etc.);
- Presença de fluxo para esterilização de materiais;
- Existência de fluxo de histopatológico;
- Presença de material de proteção individual;
- Outro. Explique:

5. Há algum fluxo para os atendimentos de pequena cirurgia por sua equipe ou sua unidade de saúde? (Como fluxo entende-se determinação das formas de acesso, agendamento, estabelecimento de dias e horários da semana específicos para realização dos procedimentos, além do conhecimento de toda a unidade e da população da existência deste tipo de procedimento):

Sim     Não

5.1. Caso a resposta acima seja positiva, por favor, descreva de que forma ocorre esse fluxo:

6. Você participou de alguma capacitação profissional para a realização de procedimentos em cirurgia ambulatorial na APS?

Sim     Não

6.1. Caso tenha participado onde foi?

6.2. Qual o tempo de duração?

- Até 3 meses
- 3 meses a 6 meses
- 6 a 12 meses
- mais de 12 meses

7. Você considera que a realização destes procedimentos em cirurgia ambulatorial na APS modifica a visão dos usuários em relação à Estratégia de Saúde da Família?

- Não modifica a visão do usuário;
- Modifica negativamente a visão do usuário;
- Modifica positivamente a visão do usuário;

Justifique sua impressão:

8. Você considera que a realização destes procedimentos em cirurgia ambulatorial na APS modifica o vínculo dos usuários com sua equipe de saúde da família?

- Não modifica o vínculo dos usuários com a equipe;
- modifica negativamente o vínculo dos usuários com a equipe;
- modifica positivamente o vínculo dos usuários com a equipe;

Justifique sua Impressão:

9. Você considera que a realização destes procedimentos em Cirurgia Ambulatorial na APS contribui para a qualificação da rede de atenção à saúde municipal ou regional?

- Não contribui;
- Contribui parcialmente;
- Contribui;
- Contribui plenamente;

Justifique sua Impressão:

## Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada **Análise da realização da cirurgia ambulatorial na Atenção Primária a Saúde na perspectiva da qualificação e resolutividade do cuidado**, que tem como objetivos: Analisar as implicações para a Atenção Primária à Saúde da incorporação da Cirurgia Ambulatorial pelas Equipes de Saúde da Família no cenário do município do Rio de Janeiro.

Este Termo de Consentimento Livre Esclarecido serve para garantir que você recebeu todas as informações necessárias para aceitar participar desta pesquisa. Você deve pedir quaisquer esclarecimentos ao pesquisador sempre que julgar necessário.

A pesquisa terá duração de 06 meses, com o término previsto para o mês de agosto do ano de 2017.

Sua participação não é obrigatória e consistirá em responder a um questionário semiestruturado *online* através da plataforma *Google Docs* sobre a realização da cirurgia ambulatorial na APS, mais especificamente em seu local de atuação no município do Rio de Janeiro. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento, comunicando ao pesquisador responsável. Sua recusa, desistência ou suspensão do seu consentimento não acarretará em prejuízo.

Você não terá custos ou quaisquer compensações financeiras.

O Risco relaciona-se com o constrangimento do entrevistado em responder ao questionário, essencialmente no que se refere ao desempenho em sua unidade de saúde. O pesquisador não fará nenhum tipo de juízo de valor a respeito da condução do trabalho do médico, bem como estará garantida a confidencialidade das respostas, não podendo o pesquisador identificar na pesquisa ou a terceiros o médico que respondeu ao questionário.

Os benefícios relacionados à participação nesta pesquisa são: um panorama da realização da cirurgia ambulatorial na rede de atenção primária da cidade do Rio de Janeiro. Analisará como a realização destes procedimentos na APS pode influir na resolutividade e qualificação do trabalho das equipes, em particular, dos profissionais médicos. Espera-se que estes resultados contribuam para a organização e qualificação da APS e de seus profissionais.

Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, através de códigos e em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. O material coletado será guardado por cinco anos e incinerado ou deletado após esse período

Rubrica do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Você receberá uma via deste Termo onde constam os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e do pesquisador responsável, podendo eliminar suas dúvidas sobre a sua participação agora ou a qualquer momento. Caso concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma sua e a outra do pesquisador responsável.

---

Philipp Rosa de Oliveira  
Pesquisador responsável  
E-mail: oliveiraphilipp@gmail.com  
Celular (21) 981674702

CEP-EEAN/HESFA/UFRJ – Tel.: (21) 2293-8148 Ramal 200

E-mail: cepeeahesfa@eean.ufrj.br

Endereço: Rua Afonso Cavalcante, 275- Cidade Nova. Rio de Janeiro-RJ

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde – RJ

Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja, Centro (RJ), CEP 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste Termo de Consentimento e concordo voluntariamente em participar do estudo proposto, sabendo que poderei desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício. Recebi uma via assinada deste documento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome legível do (a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante: \_\_\_\_\_