

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM

CAIO DUARTE NETO

**OS SINAIS DE ALERTA PARA TRIAGEM DE PACIENTES COM  
DOR ABDOMINAL AGUDA E O SABER DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

VITÓRIA  
2011

CAIO DUARTE NETO

**OS SINAIS DE ALERTA PARA TRIAGEM DE PACIENTES COM  
DOR ABDOMINAL AGUDA E O SABER DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Dr.<sup>a</sup> Luciana Carrupt M. Sogame

Coorientadora: Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Rauta Ramos

VITÓRIA  
2011

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, Brasil)

---

D812s Duarte Neto, Caio, 1974-  
Os sinais de alerta para triagem de pacientes com dor abdominal aguda e o saber das políticas públicas / Caio Duarte Neto. – 2011.  
172f. Ilus.

Orientadora: Luciana Carrupt Machado Sogame.  
Coorientadora: Maria Helena Rauta Ramos.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Dor abdominal. 2. Abdome agudo. 3. Saúde pública. 4. História da medicina. I. Sogame, Luciana Carrupt Machado. II. Ramos, Maria Helena Rauta. III. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. EMESCAM. IV. Título.

CDU: 36

---

CAIO DUARTE NETO

**OS SINAIS DE ALERTA PARA TRIAGEM DE PACIENTES COM  
DOR ABDOMINAL AGUDA E O SABER DAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Dissertação apresentada à Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM,  
como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 30 de Agosto de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.<sup>a</sup>/Dr.<sup>a</sup> Luciana Carrupt M. Sogame  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória - EMESCAM  
Orientadora

Prof.<sup>a</sup>/Dr.<sup>a</sup> Maria Helena Rauta Ramos  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória - EMESCAM  
Co-orientadora

Prof./Dr.<sup>o</sup> Danilo Nagib Salomão Paulo  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
Departamento de Cirurgia Geral

Prof.<sup>a</sup>/Dr.<sup>a</sup> Flávia Marini Paro  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES  
Departamento de Farmácia

Aos meus pais, pelo apoio incondicional ofertado à minha vida e à de meus queridos irmãos.

À minha esposa, pelo seu amor e pela compreensão das minhas ambições.

Aos meus filhos, que me mostraram o verdadeiro sentido do ser.

À memória de meus avós e tio, que compartilharam bons momentos de minha vida.

A Deus, que me guiou e que me concedeu seu anjo protetor.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Luciana Sogame, pelos ensinamentos transmitidos ao longo destes anos. Obrigado por respeitar minhas opiniões, limitações e, sobretudo, por acreditar em mim. Que você mantenha sempre a serenidade e a humildade que lhe são peculiares, iluminando corações e formando mentes brilhantes.

À minha coorientadora, Rauta Ramos, por me oferecer seu porto seguro. Sua confiança me proporcionou forças para segurar o indomado touro pelo chifre. Que você continue sempre ensinando o caminho para as respostas da vida.

À Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pelos seis anos de convívio e ensinamentos e pela oportunidade ímpar de participar da primeira turma (2010) do Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

À Diretoria do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES, em especial sua Provedora Maria da Penha Rodrigues D'Ávila, pelo apoio e confiança em minha pessoa.

Aos doutores Alvin Jorge Guerra, Álvaro Armando Carvalho de Moraes, Cláudio Medina da Fonseca, Danilo Nagib Salomão Paulo, Edson Ricardo Loureiro, Flávio Kataoka, Izabel Cristina Andreata Lemos Paulo (In Memória) e Mitre Kalil, por terem me conduzido pelos caminhos certos da medicina.

Aos colegas do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pelo estímulo e pelo aprendizado compartilhado.

Aos companheiros da primeira turma do curso de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, pelos momentos inesquecíveis e sugestões durante este trabalho.

Aos profissionais do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, que se dedicam ao cuidado em saúde.

Aos funcionários da Biblioteca, pelo apoio sempre bem-vindo.

A Lúcia Helena Sagrillo, pela análise estatística.

A professora Dalva Marchezi, pela revisão de aspectos gramaticais da dissertação.

A todos que, direta e indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meu eterno muito obrigado!

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo,  
qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

Chico Xavier

## RESUMO

A Rede de Atenção à Urgência e Emergência, componente vital do Sistema Único de Saúde (SUS), vem apresentando sinais de falência, manifestada pela superlotação dos serviços e pelas queixas frequentes dos usuários e profissionais de saúde, o que transforma esse setor numa grande área de tensão e conflito. Para a resolução de tão complexa problemática, processos de trabalho devem ser normatizados e pactuados pelos atores da Rede. A organização da entrada dos usuários nos serviços de urgência e emergência é um importante avanço na reestruturação dessa Rede, a qual deve seguir a lógica do acolhimento com triagem de risco, admitindo-se, em primeiro lugar, os pacientes de maior gravidade clínica. Esta pesquisa se propõe analisar as Políticas Públicas de Saúde, com enfoque na Rede de Atenção à Urgência e Emergência, e identificar a prevalência de abdome agudo em pacientes com dor abdominal aguda, demarcando os sinais de alerta (gravidade) presentes nesses pacientes. Com esse propósito, elaborou-se um estudo transversal observacional realizado no Pronto-Socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória-ES, nos anos de 2010 e 2011, com uma amostra de conveniência que consistiu de cento e vinte pacientes adolescentes, adultos ou idosos, de ambos os sexos, admitidos com a queixa principal de dor abdominal aguda. Nesse período, foram colhidas as informações gerais dos pacientes, assim como as informações clínicas a respeito da dor e dos sintomas a ela associados, considerando-se como padrão ouro para o diagnóstico de abdome agudo os exames complementares e/ou o tratamento cirúrgico. Os dados foram tabulados e analisados de forma univariada, e, após, calcularam-se as medidas de prevalência, ocorrência e de significância estatística. Observou-se que 92% dos pacientes com dor abdominal aguda eram procedentes da Região Metropolitana da Grande Vitória e, destes, somente, 26% do município de Vitória, 85% eram adultos em período economicamente produtivo, 68% eram mulheres, e 51% procuraram por atendimento em qualquer serviço de saúde após 24 horas do início da dor. A maioria dos pacientes apresentava dor abdominal de forte intensidade (62%), associada, mais frequentemente, aos sintomas de náuseas (68%), hiporexia (58%) e vômitos (57%). Cinquenta e um por cento deles possuíam comorbidades. A prevalência geral de abdome agudo nessa amostra foi de 65%, sendo o abdome agudo inflamatório a síndrome mais frequente (67%), representada principalmente pela colecistite aguda (42%). As informações analisadas também permitiram a identificação de uma tríade clínica preditora de abdome agudo, caracterizada por dor abdominal

de forte intensidade, hiporexia e alteração do hábito intestinal ( $p < 0,005$ ). Concluiu-se que, sendo de 65% a prevalência de abdome agudo nos pacientes do Pronto-Socorro do HSCMV e sendo os sinais de alerta dor abdominal de forte intensidade, hiporexia e alteração do hábito intestinal marcadores de abdome agudo, esses sinais deverão ser pesquisados durante o acolhimento com triagem de risco, com implicação de atendimento prioritário e precoce dos pacientes no serviço de urgência e emergência.

Palavras chave: Saúde pública. História da Medicina. Dor abdominal. Abdome agudo.

## ABSTRACT

The Urgency and Emergency Attention Network, a vital component of the Sole Health System (SUS), has been showing signs of collapse, expressed by services overload and by the health system users' and professionals' frequent complaints, which transform such a sector into a large area of tension and conflict. To achieve a solution for such complex problems, work processes must be regulated and convened by the Network participants. The organization of urgency and emergency services users' admission is a significant advancement towards the restructuring of such Network, which must follow the logic of reception with risk triage, first admitting the patients of greater clinical severity. The purpose of this paper is to analyze Public Health Policies, focusing on the Urgency and Emergency Attention Network, and to identify the predominance of acute abdomen in patients with acute abdominal pain, defining the alert (severity) signs present in such patients. With that purpose in mind, an observational transversal study was developed and carried through at the Emergency Room of Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória in 2010 – 2011, with a convenience sample that consisted of a hundred and twenty adolescent, adult or aged patients, of both sexes, admitted with acute abdominal pain as their main complaint. During that period, the patients' personal data was collected, as well as clinical information about their pain and the symptoms associated to it; complementary tests and/or surgical treatment being considered the golden standard for the diagnosis of acute abdomen. Data was arranged in tables and analyzed in an unvaried form and later, the predominance, occurrence, and statistical significance measures were calculated. It was noticed that 92% of the patients with acute abdominal pain were from the Vitória Metropolitan Region and, among these, only 26% were from Vitória county, 85% were adults in an economical productive period, 68% were women, and 51% looked for assistance from any health service 24 hours after the pain onset. The majority of patients presented strongly intense abdominal pain (62%), most often associated to nausea (68%), hypo-rexia (58%), and vomiting (57%) symptoms. Fifty-one percent of them had comorbidities. The general predominance of acute abdomen in that sample was of 65%, inflammatory acute abdomen being the most frequent syndrome (67%), mainly represented by acute cholecystitis (42%). The analyzed information further permitted the identification of a clinical trio predictive of acute abdomen, characterized by strongly intense abdominal pain, hypo-

rexia, and intestinal habit alteration ( $p < 0,005$ ). The conclusion was that, the predominance of acute abdomen in the HSCMV Emergency Room patients being of 65%, and the alert signs of strongly intense abdominal pain, hypo-rexia, and intestinal habit alteration being acute abdomen markers, such signs must be investigated during admission with risk evaluation and with the implication of priority and early attention for patients in the urgency and emergency service.

Keywords: Public health. History of Medicine. Abdominal pain. Abdomen, acute.

## LISTA DE QUADROS

página

Quadro 1-	Doenças causadoras de dor abdominal aguda, listadas conforme a localização anatômica da dor. ....	98
Quadro 2-	Etiologia do abdome agudo. ....	131
Quadro 3-	Fenômenos associados à dor abdominal aguda. ....	139
Quadro 4 -	Possibilidades de hipóteses diagnósticas para dor abdominal e abdome agudo.....	171

## LISTA DE FIGURAS

	página
Figura 1- Fluxograma da dor abdominal aguda. ....	80
Figura 2- Rotina de atendimento no pronto-socorro do HSCMV, adaptado por Duarte Neto (2011). ....	127
Figura 3- Seleção dos pacientes entrevistados no pronto-socorro do HSCMV. ....	129
Figura 4- Procedência dos pacientes com dor abdominal aguda. ....	133
Figura 5- Faixa etária dos 120 pacientes com dor abdominal aguda atendidos no pronto-socorro do HSCMV. ....	134
Figura 6- Sexo dos 120 pacientes com dor abdominal aguda atendidos no pronto-socorro do HSCMV. ....	135
Figura 7- Tempo entre o início da dor abdominal aguda e o acesso a serviços de saúde. ....	136
Figura 8- Intensidade da dor nos pacientes com dor abdominal aguda. ....	137
Figura 9- Sintomas mais frequentes associados à dor abdominal aguda. ....	138

Figura 10-	Frequência de abdome agudo na amostra. ....	141
Figura 11-	Frequência dos diferentes subtipos de abdome agudo nos 78 pacientes entrevistados. ....	142
Figura 12-	Proposta de fluxograma para triagem dos pacientes com dor abdominal aguda. ....	148

## LISTA DE TABELAS

	página
Tabela 1- Situações associadas à dor abdominal aguda. ....	140
Tabela 2- Prevalência de abdome agudo segundo a faixa etária. ....	141
Tabela 3- Prevalência de abdome agudo segundo o sexo. ....	142
Tabela 4- Medidas de Ocorrência e Associação das variáveis em 78 pacientes com Abdome Agudo. ....	144
Tabela 5- Testes de Validação Diagnósticos das variáveis significantes de abdome agudo. ....	144
Tabela 6- Medida da variável preditora (intensidade da dor) e o desfecho (abdome agudo). ....	145
Tabela 7- Medida da variável preditora (hiporexia) e o desfecho (abdome agudo). ....	146
Tabela 8- Medida da variável preditora (alteração do hábito intestinal – AHI) e o desfecho (abdome agudo). ....	147

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2 PRIMÓRDIOS DA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL</b> .....	<b>23</b>
2.1 O PERÍODO COLONIAL E A PRÁTICA DA MEDICINA EMPÍRICA .....	23
2.2 A CORTE PORTUGUESA E A SOCIEDADE HIGIENICISTA .....	33
2.3 OS MODELOS DE SAÚDE DIRECIONADOS PARA A ECONOMIA NACIONAL .....	45
2.4 O MILAGRE ECONÔMICO E O MODELO HOSPITALOCÊNTRICO DA SAÚDE .....	64
<b>3 MARCOS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b> .....	<b>70</b>
3.1 O SIGNIFICADO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) .....	70
3.2 O CAOS DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	74
3.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	81
3.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS .....	85
<b>4 SÍNDROME DO ABDOME AGUDO</b> .....	<b>95</b>
4.1 A DOR ABDOMINAL AGUDA .....	95
4.2 OS FUNDAMENTOS CLÍNICOS DO ABDOME AGUDO .....	99
4.2.1 A síndrome inflamatória .....	101
4.2.2 A síndrome perfurativa .....	108
4.2.3 A síndrome hemorrágica .....	111
4.2.4 A síndrome obstrutiva .....	113
4.2.5 A síndrome vascular .....	115
4.3 OS ELEMENTOS IMPORTANTES PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DO ABDOME AGUDO .....	118
4.3.1 A história natural da doença e o escopo do problema .....	118
4.3.2 O processo de formulação do diagnóstico .....	120
<b>5 DOR ABDOMINAL AGUDA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (HSCMV)</b> .....	<b>125</b>
5.1 A CARACTERIZAÇÃO DO PRONTO SOCORRO DO HSCMV .....	125
5.2 O PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE DOR ABDOMINAL AGUDA .....	132
5.3 OS SINAIS DE ALERTA PRESENTES NOS PACIENTES COM DOR ABDOMINAL AGUDA PREDITORES DE GRAVIDADE .....	141
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>149</b>
<b>7 REFERÊNCIAS</b> .....	<b>154</b>
APÊNDICES	
APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .....	168

APÊNDICE B FICHA PARA AVALIAÇÃO INICIAL DA DOR ABDOMINAL AGUDA .....	169
---	-----

## ANEXOS

ANEXO A APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EMESCAM .....	172
---	-----

## 1 INTRODUÇÃO

O SUS é uma recente conquista da sociedade brasileira, fruto de lutas sociais por um modelo de atenção a saúde que atenda toda a população. Atualmente, é a maior política de inclusão social existente no Brasil. Sob gerenciamento tripartite (governo federal, estadual e municipal), o SUS é regido por mecanismos de controle social e normatizado por princípios doutrinários com o intuito de ofertar à população um modelo de atenção à saúde que contemple a universalização do acesso como direito público de cidadania, a integralidade da assistência e a equidade na prestação dos serviços (SANTOS, 2008; MELO; CUNHA; TONINI, 2008).

A Rede de Atenção à Urgência e Emergência é um importante componente da Atenção à Saúde do SUS. Apesar de ser considerada peça fundamental à sobrevivência desse Sistema, o desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços associado às fragilidades da gestão e assistência, culminaram com uma sobrecarga dessa Rede, manifestada, principalmente, pela superlotação dos serviços de saúde e pelas queixas frequentes dos usuários e profissionais de saúde, o que transforma esse setor numa grande área de tensão do SUS (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008; GUSMÃO FILHO, 2008).

As causas de falência dessa Rede de Urgência e Emergência são multifatoriais e abrangem todos os entes envolvidos na prestação de serviços de saúde à sociedade. As consequências são observadas na sobrecarga do trabalho, na baixa qualidade da assistência, na falta de humanização no atendimento, interferindo negativamente no acesso dos usuários aos cuidados em saúde (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008; GUSMÃO FILHO, 2008).

Não há uma solução única para a resolução dessa complexa problemática. Para atingir o equilíbrio da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, processos de trabalho devem ser normatizados e pactuados pelos seus atores, sob gerenciamento do Complexo Regulador da Urgência e Emergência, e devem ser submetidos às adequações necessárias elencadas pelo Comitê Gestor da Urgência e Emergência (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008; GUSMÃO FILHO, 2008).

A organização da entrada dos usuários nos serviços de urgência e emergência, estratégia em desenvolvimento no Pronto-Socorro do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV e em alguns hospitais públicos e privados do Estado do Espírito Santo, é um importante processo de trabalho em construção para a reestruturação da Rede de Urgência e Emergência, a qual deve seguir a lógica do acolhimento com triagem de risco, em que se admite em primeiro lugar, os pacientes de maior gravidade clínica, abandonando-se, assim, a lógica do atendimento por ordem de chegada (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2006b).

Mendes (2009a) sublinha que a sustentação das Redes de Atenção à Saúde depende fundamentalmente da elaboração de linhas-guia, referentes à área temática que se quer considerar, pois não há o desenho de uma Rede única que dê conta de todos os problemas de saúde. Por isso, devem ser propostas redes temáticas. A linha-guia é uma recomendação desenvolvida para normalizar o processo de trabalho a ser desenvolvido em todos os níveis de atenção à saúde, além de normalizar as situações em que se dão os fluxos entre os níveis de atenção à saúde. Uma característica essencial das linhas-guia é que se desenvolvam por graus de risco, o que, necessariamente, envolve a estratificação dos riscos e as ações referentes a cada estrato singular.

No ano de 2007, nos Estados Unidos da América, cerca de 117 milhões de usuários procuraram por atendimento médico nos serviços de urgência e emergência. Um aumento de demanda na ordem de 23%, nos últimos dez anos. Dor torácica e dor abdominal aguda foram as principais razões da consulta médica entre os pacientes jovens, adultos e idosos (NISKA; BHUIYA; XU, 2010). Conforme Brunetti e Scarpelini (2007), a queixa de dor abdominal aguda representa 7,5% de todos os atendimentos nos serviços de urgência e emergência.

Portanto, é necessário implantar mecanismos de triagem nesses serviços de urgência e emergência, com o objetivo de se priorizar o atendimento dos pacientes mais graves, evitando-se a tempo as sequelas de um atendimento tardio (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2006b).

Segundo Meneghelli (2003), Brunetti e Scarpelini (2007), são inúmeras as causas que podem determinar o quadro de dor abdominal aguda, sendo a maioria de etiologia benigna; entretanto, há causas de emergência que requerem internação hospitalar, intervenção medicamentosa e cirúrgica, como os casos de abdome agudo.

A dor abdominal aguda é a principal manifestação do abdome agudo, uma síndrome clínica emergencial, caracterizada pelo aparecimento abrupto de dor abdominal associada a outros sintomas gerais e gastrintestinais, com variedade de etiologias e tratamentos. A essência do manejo dos pacientes com esse conjunto de sinais de alerta é, pois, a realização de um diagnóstico precoce, como forma de se prevenir os agravos (CARTWRIGHT; KNUDSON, 2008; BRUNETTI; SCARPELINI, 2007; YEH; MCNAMARA, 2007; FLASAR; GOLDBERG, 2006; FLASAR; CROSS; GOLDBERG, 2006; MARTINEZ; MATTU, 2006; LYON; CLARK, 2006; ALVES, 2005; DOMINGUES, 2004; MENEGHELLI, 2003).

Cartwright e Knudson (2008) reconhecem que o mais importante meio para alcançar-se o diagnóstico preciso é a história clínica detalhada. Em conformidade, Sanches et al. (2008, p. 13), relatam que “[...] a anamnese detalhada e o exame físico minucioso, constituintes do exame clínico, são a base para o diagnóstico correto”.

Uma das principais consequências do retardo diagnóstico e terapêutico do abdome agudo é a sepse decorrente de infecção, para Eliézer Silva (2006), uma doença em que o número absoluto de óbitos supera os decorrentes de câncer de mama e intestino, e de infarto agudo do miocárdio, dando ao Brasil o título de um dos países em que mais se morrem por esse motivo: cerca de 45% dos óbitos registrados na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) têm como causa a sepse, enquanto a média, em outros países, é de 30%.

Para Goldman et al. (2008), a identificação precoce do abdome agudo, com base em um escore (sinais de alerta), poderia diminuir taxas de morbidade e mortalidade, diminuir taxas de complicações, tempo de permanência no departamento da emergência e utilização de recursos, evitando a tempo os custos.

Diante do exposto, a partir dos princípios norteadores da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, que preconizam a humanização na atenção, a prevenção de agravos, a estruturação de linhas guia que se desenvolvem por grau de risco, apresentamos nesta dissertação, um conjunto de sinais de alerta presentes no paciente portador de dor abdominal aguda, que expressam a gravidade do caso, portanto, preditores de Abdome Agudo. Esses sinais de alerta, fundamentais para determinar a gravidade e a temporalidade de atendimento, poderão ser utilizados por qualquer profissional de saúde atuante em diferentes níveis de atenção à saúde,

seja para triagem dos usuários nos serviços de urgência e emergência, seja para sua inserção na Rede de Atenção à Urgência e Emergência, o que possibilitará a diminuição da morbimortalidade e do custeio do tratamento, assim como a reinserção do usuário à sociedade. Almejamos, portanto, contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

A elaboração desta dissertação, do ponto de vista pessoal, significa uma grande conquista que concretiza o sonho de um jovem médico, que iniciou sua carreira em 1994, especializando-se em Cirurgia Geral no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV do Espírito Santo (2001-2002) e, a seguir, no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (2003-2004). Retornou a Vitória, e por todo carisma adquirido ao longo dos anos, ao HSCMV, atuando como médico cirurgião e podendo, enfim, ofertar à população o verdadeiro cuidado em saúde. No âmbito profissional, este trabalho marca o início de uma vida acadêmica voltada para o ensino e a pesquisa. Este estudo também possui um importante valor social, pois propõe-se identificar os sinais de alerta que possibilitem uma adequada triagem dos pacientes portadores de dor abdominal aguda, a fim de se viabilizar o diagnóstico precoce do abdome agudo.

Para tanto, foi realizada análise das Políticas Públicas de Saúde, com enfoque na Rede de Atenção à Urgência e Emergência. Aprofundou-se o estudo sobre a saúde pública no Brasil e, em particular, sobre os cenários do sistema de urgência e emergência, além de ser feito um estudo apurado sobre a doença abdome agudo, relacionando seus principais marcos teóricos às diferentes conjunturas políticas, econômicas e sociais, apontando para a necessidade de implantação da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, com enfoque na linha-guia da dor abdominal aguda.

Para analisar a realidade contextual, foi preciso conhecer os determinantes históricos envolvidos nesse processo. Uma profunda pesquisa científica sobre a história político-econômica e social do Brasil foi necessária para entender como esses marcos teóricos influenciaram o desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde ao longo dos séculos (XVI a XXI). Essa pesquisa científica foi elaborada durante os primeiros oito meses da confecção da dissertação, por meio de acesso à literatura nacional e internacional. Livros texto de consagrados historiadores e médicos brasileiros foram utilizados para dar à pesquisa sustentação teórica. Entre esses autores e obras consultadas, podemos citar os seguintes: Eduardo Bueno (2010); Boris Fausto (2009); Eugênio Vilaça Mendes (2009); Nébia Maria Almeida de Figueiredo (2008); Jorge Caldeira (2008);

Laurentino Gomes (2007); Cláudio Vicentino (2006); Cláudio Vicentino e Gianpaolo Dorigo (1997), e Nelson Werneck Sodré (1976), entre outros autores que contribuíram para o enriquecimento do estudo sobre as política públicas de saúde no Brasil.

Utilizaram-se também, na pesquisa sobre saúde pública, artigos científicos publicados entre os anos 1996 a 2010, acervo da base de dados da Scielo ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)), com busca ativa por meio de palavras-chave, tais como: *health politics; public politics; health reform; united health system; health personnel*; escravidão; tráfico de escravos; história de doenças; história da medicina; enfermidades.

Para fundamentação da síndrome do abdome agudo, foram utilizados livros texto escritos por renomados cirurgiões, clínicos, radiologistas e emergencistas, como os professores Antonio Carlos Lopes, Samuel Reibschid e Jacob Szejnfeld, da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina (2004), que publicaram uma obra de suma importância para a qualificação médica, na qual valorizam o exame clínico como ponto de partida de capital importância para o diagnóstico da dor abdominal aguda; Edvaldo Fabel, doutor em cirurgia pela Faculdade Federal Fundação Ciências Médicas de Porto Alegre, e Paulo Roberto Savassi-Rocha, titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2008); e, entre outros, John L. Cameron, professor do Departamento de Cirurgiões do Johns Hopkins Medical Institutions (2004).

Artigos científicos de diversos autores também foram utilizados na pesquisa sobre a dor abdominal aguda, por meio de busca por palavras-chave, tais como: *abdominal pain; acute abdomen; surgery; diagnosis; emergencies; sepsis; intra-abdominal infection*, entre outras. Utilizaram-se, ainda, textos publicados em inglês, entre os anos de 2006 e 2010, pela Medical Clinics of North America e Surgical Clinics of North America.

Todas essas fontes científicas contribuíram para sustentabilidade teórica desta dissertação, viabilizando-se o estudo sobre a saúde pública no Brasil e sobre a identificação de sinais de alerta nos pacientes com dor abdominal aguda, preditores de abdome agudo.

Para alcançarmos o objetivo proposto, após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, demos início à pesquisa de campo, caracterizada por um estudo observacional transversal,

realizado no Pronto-Socorro de um Hospital Filantrópico do município de Vitória, o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV).

Com a realização desta pesquisa, foi possível identificar o perfil dos pacientes com dor abdominal aguda atendidos no Pronto-Socorro desse Hospital, verificar a prevalência do Abdome Agudo nesses pacientes e observar a associação de sintomas clínicos apresentados pelos portadores de dor abdominal aguda com o desenvolvimento do Abdome Agudo.

## **2 PRIMÓRDIOS DA HISTÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL**

### **2.1 O PERÍODO COLONIAL E A PRÁTICA DA MEDICINA EMPÍRICA**

A organização social da América, na era pré-colombiana, foi marcada por uma dicotomia regional. Na região mesoamericana e andina central, os habitantes se organizavam em sociedade com alto padrão de sofisticação, avanços na agricultura, metalúrgica, escrita, matemática e política, relembrando as brilhantes civilizações do Egito e da Mesopotâmia, enquanto na América do Sul, os habitantes do Brasil que aqui chegaram através do estreito do Panamá, partilhavam de uma vida grupal rudimentar, sobrevivendo graças à caça, à pesca e à agricultura incipiente (VICENTINO; DORIGO, 1997a).

A população originalmente fixada no Brasil, em relação aos colonizadores lusitanos, apresentava uma marcante diferença físico-cultural: eram de pele morena, bastante queimados, dado o clima tropical, de estatura mediana e feição forte, organizados em tribos que viviam em aldeias, em casas toscas (ocas), dedicados à caça, à pesca e à agricultura de subsistência (com ferramentas rudimentares) e com costumes particulares próprios de comunidades primitivas. Dois grupos indígenas portavam fortes diferenças linguísticas: os tupis, habitantes do litoral brasileiro que mantiveram intenso contato com os lusitanos, e os tapuias (VICENTINO; DORIGO, 1997a).

As tribos Aimoré e Temiminó prevaleceram no estado do Espírito Santo. Os primeiros, com apenas 30 mil índios, considerados temíveis guerreiros brutais e intratáveis, bárbaros comedores de carne humana por mantimento, e não por vingança, foram responsáveis pela derrocada da capitania do Espírito Santo e foram vencidos apenas no início do século XX (BUENO, 2010a).

Com a descoberta do Brasil, Portugal se lançava em seu grande projeto: a expansão marítima. Privilegiado pela posição geográfica e por ser um país autônomo cuja estabilidade política remontava à revolução de 1383-1385, com a ascensão do rei Pedro I, Portugal contava com uma vasta experiência mercantil adquirida ao longo dos séculos XIII e XIV, com o desenvolvimento de instrumentos náuticos, a construção das caravelas, propiciando o fortalecimento de um

interesse político-econômico de classe (a burguesia nascente). Em sua expansão ultramarina (para a África, Índia, China e Japão), Portugal buscava ouro, especiarias e mão de obra escrava (FAUSTO, 2009a). Como observou Luiz Felipe de Alencastro, citado por Pôrto (2006, p. 1020), esse processo desencadeou “[...] o trânsito de mercadorias e os contatos entre os povos, representou a união microbiana do mundo, por incrementar o trânsito de doenças”.

Lisboa se transformou num importante centro comercial. Entretanto, não possuía uma organização financeira capaz de manter o país provido de recursos necessários à preservação do poder absoluto de seu Estado, o que o impediu de acumular capital, nessa fase originária, porque o distribuía na Europa, reforçando outras burguesias, como a da Inglaterra e inviabilizando o seu desenvolvimento interno (VICENTINO, 2006a).

De acordo com Fausto (2009a), no dia 9 de março de 1500, uma frota constituída de treze navios partiu de Lisboa, movida por sonhos e aventura marítima. Seu destino aparente eram as Índias, sob o comando de Pedro Álvares Cabral. Este fidalgo, contando pouco mais de trinta anos, assumiu um “controverso rumo”, em direção ao ocidente, quando descobriu o Novo Mundo, ao desembarcar em uma parte de seu litoral, que chamou Porto Seguro (Bahia), em 22 de Abril daquele mesmo ano. Nessa região, como informa esse historiador, os integrantes dessa caravana encontraram uma população litorânea homogênea em termos culturais e linguísticos, que vivia em aldeias e subsistia mediante a prática de caça, pesca, coleta de frutas e uma agricultura rudimentar. Possuía uma economia de subsistência. Esses seres primitivos, que habitavam o novo mundo descoberto, pertenciam às tribos tupis-guaranis, espalhadas nesse imenso território. Para alguns analistas, eles chegavam a dois milhões de habitantes, ao passo que, para outros, somente na Amazônia brasileira, eram em torno de cinco milhões.

Os recém-chegados exploradores chamaram-nos inicialmente de índios, pois pensavam ter desembarcado nas Índias, e, posteriormente, verificando os enganos geográficos, decidiram permanecer com a nomenclatura para enfatizar a subordinação do povo. Tal nomenclatura traduzia a inferioridade dos índios, característica necessária para a exploração colonialista (FAUSTO, 2009a; VICENTINO; DORIGO, 1997a).

Desde o início da história do Brasil, escrita a partir do ponto de vista dos dominantes, há um traço recorrente: a marcante destruição das organizações sociais, culturais e políticas existentes

nos povos, aqui encontrados, pelos seus colonizadores, os cristãos europeus. Esses conquistadores brancos submeteram os nativos através da violência física e/ou cultural. De seus continentes trouxeram epidemias que dizimaram milhares de povos, provocando a união microbiana do mundo. Nesta época medieval, onde havia uma raridade de médicos, o saber estava submisso ao código eclesial, e o conhecimento empírico se submetia à revelação de Deus. Os medicamentos eram produzidos a base da flora local, prática aprendida pelos jesuítas, que se tornaram habilidosos mezinheiros (BUENO, 2010a; FAUSTO, 2009a; PÔRTO, 2006; SOARES, 2001; VICENTINO; DORIGO, 1997a).

Os conquistadores confiscaram para além de terras e liberdade dos ameríndios; confiscaram seus corpos, suas vidas (VICENTINO; DORIGO, 1997a). No entanto, esse extermínio não foi provocado apenas pela ação destruidora dos portugueses, no Brasil. Representantes de outros povos (Espanha, Inglaterra, França e Holanda), para quem o novo mundo era fonte de extração de riqueza, usufruindo de uma tecnologia superior e movidos por uma elevada ambição comercial, contribuíram para a efetivação desse genocídio perpetuado contra os ameríndios (VICENTINO; DORIGO, 1997a). Para lembrarmos a tragédia secular, Todorov, citado por Vicentino e Dorigo (1997a), relatou que “[...] em 1500 a população do globo deve ser da ordem de 400 milhões, dos quais 80 habitam as Américas. Em meados do século XVI, desses 80 milhões, restam 10 [...] Nenhum dos grandes massacres do século XX pode comparar-se a esta hecatombe” (p.31). Tal extermínio dos ameríndios, iniciado no período colonial, permaneceu sob o domínio do império, chegando até a República, e não sendo raras as ações com esse fim na atualidade (VICENTINO; DORIGO, 1997a)<sup>1</sup>.

Durante trinta anos, perdurou a indecisão de Portugal sobre as terras do Brasil. Até 1530, a relação econômica dos portugueses com os indígenas tinha caráter predatório e o escambo era realizado pacificamente, isto é, os portugueses trocavam com os nativos os produtos destes,

---

<sup>1</sup> Pelo exposto, e de acordo com os historiadores Vicentino e Dorigo (1997a), após a chegada dos colonizadores e ao longo dos séculos, a população primitiva do Brasil tendeu apenas a decrescer. Registram eles que, em 1900, havia duzentos e trinta grupos tribais, enquanto que, em 1957, contavam somente cento e quarenta e três. No Brasil de hoje, os indígenas sobreviventes habitam em reservas sob a proteção da Fundação Nacional dos Índios (FUNAI), conquista resultante de lutas sociais históricas. Entretanto, continuam sendo fáceis alvos de grilheiros e grandes proprietários de terras (com seus armamentos privados, constituídos de jagunços), como também de garimpeiros e posseiros interessados em suas madeiras e ouro. Em 1982, um fato entrou para a história: um índio, cacique Juruna, tornou-se deputado federal, através de eleição. Em 1988, a Constituição do Brasil reconheceu aos índios sua organização social, seus costumes, línguas, crenças e os direitos sobre as terras que ocupam.

notadamente o pau-brasil, por outras mercadorias, como espelhos, tecidos e ferramentas. Mas, mediante uma decisão política, a Coroa implantou o sistema de capitânicas hereditárias, recriando o modelo de sucesso que ocorreu nos arquipélagos da Madeira e dos Açores. O Brasil foi dividido em quinze partes, que foram distribuídas (mediante posse, e não propriedade) a capitães-donatários, personalidades integrantes da pequena nobreza, ou mesmo burocratas e comerciantes, dispostos a explorar o plantio da cana-de-açúcar, certos de que seu território, diferentemente daqueles do domínio dos espanhóis, não detinha jazidas de metais preciosos (FAUSTO, 2009a; VICENTINO; DORIGO, 1997b).

Diversas razões, no entanto, concorreram para que fracassasse o empreendimento na maioria das capitânicas: escassez de recursos e falta de apoio da Coroa; necessidade de resistir aos primitivos habitantes, por meio de lutas ferozes; desentendimento interno e inexperiência. Restou a Dom João III tomar a decisão política de estabelecer um governo-geral no Brasil. Assim sendo, em 1549, Tomé de Sousa dirigiu-se ao Brasil, com a finalidade de constituir a colônia com uma organização administrativa, implantando, na cidade de Salvador (Bahia), a primeira capital do novo mundo português, que perdurou até 1773. Acompanhou-o nessa missão o padre Manuel da Nóbrega, integrante da Companhia de Jesus, com a responsabilidade de desenvolver atividades de catequese junto aos índios, aproximando, assim, os laços entre a Igreja Católica e o Estado absolutista português (FAUSTO, 2009a)<sup>2</sup>.

O precário ciclo econômico do pau-brasil deu lugar ao ciclo da cana-de-açúcar, conduzindo o Brasil ao cenário internacional, como fonte de sustentação econômica do novo mundo, graças ao lucro proveniente da exploração dos quase quatro milhões de negros transplantados para o Brasil perdurando por longo tempo (FAUSTO, 2009a).

Nos primórdios da colonização lusitana, a Companhia de Jesus prestou um importante papel na expansão ultramarina, configurado em educação dos indígenas e ação missionária, convertendo os povos colonizados à fé católica (MACIEL; SHIGUNOV NETO, 2006). Os jesuítas também se tornaram responsáveis pela instalação das boticas, únicos estabelecimentos existentes para fornecer medicamentos à população, uma vez que esses religiosos detinham habilidades como

---

<sup>2</sup> A Companhia de Jesus, fundada por Inácio de Loyola, em 1534, em Portugal, consistia numa ordem religiosa cujos integrantes – jesuítas – se dedicavam à procura da perfeição humana, exercitando a vontade de Deus junto aos homens (MACIEL; SHIGUNOV NETO, 2006).

mezinheiros e, a partir do convívio com os índios, aprenderam a produzir diversos medicamentos à base da flora local, mesmo que o alvo de sua maior atenção se dirigisse para “[...] a alma pecadora, e não o corpo doente propriamente dito” (SOARES, 2001, p. 410). Essa prática no campo da saúde ocorria numa época em que, no mundo inteiro, havia um número reduzido de médicos, principalmente nas pequenas cidades, cujos recursos colocados à disposição eram precários e reduzidos e os ganhos pelo exercício da profissão eram modestos. Ressaltamos também a dificuldade na circulação de mercadorias, especialmente de medicamentos, o que tornaram o processo moroso e precário, predispondo-os à deterioração, além de serem esses medicamentos comercializados a preços exuberantes. Na época medieval, o saber médico, como todos os demais saberes, estava submisso ao código eclesial, e o conhecimento empírico provinha da iluminação, da revelação de Deus (SOARES, 2001).

Outra justificativa, elencada por Soares (2001) para explicar o número reduzido de médicos na colônia portuguesa, recai sobre a política da Coroa, que impedia a criação de universidades no Brasil. Somente a nata da elite possuía riqueza e instrução suficiente para cruzar o oceano em busca das universidades europeias. “Ao longo do século XVIII, em um intervalo de 26 anos, apenas 14 estudantes nascidos na Colônia haviam cursado medicina em Montppllier” (SOARES, 2001, p. 413). O mesmo fato ocorria na universidade de Coimbra. A grande maioria dos universitários seiscentistas e setecentistas buscou formação nas academias de Direito.

O Brasil precisava se tornar uma colônia lucrativa cujo eixo básico era o exclusivo da metrópole. Portugal monopolizava o comércio externo da colônia, fornecendo gêneros alimentícios e minérios de importância aos países europeus, por meio da exportação em grande escala, oriunda das grandes propriedades, que se utilizavam da rentável mão de obra escrava. De acordo com Fausto (2009a), no século XVI as riquezas proporcionadas pelo Brasil aos cofres lusitanos se reduziram à arrecadação de 2,5% das rendas da Coroa, enquanto o comércio com a Índia correspondeu a 26%. Para atingir seus objetivos econômicos, a Coroa portuguesa utilizava a mão de obra escrava<sup>3</sup>, visto não se terem submetido os ameríndios residentes na colônia.

---

<sup>3</sup> Cardoso, citado por Vicentino e Dorigo (1997c), assim descrevia o escravo: pessoa de propriedade de outro homem; sua condição é hereditária e a propriedade sobre sua pessoa é transmissível por venda, doação, aluguel, empréstimo, confisco, etc.; sua vontade está subordinada à autoridade de seu dono; seu trabalho é obtido mediante coação; não possui direitos nem família legal; carece do direito do próprio nome; a ele estão reservados os piores castigos e a tortura.

O terceiro governador-geral da colônia brasileira, Mem de Sá, em 1570, adotou e executou uma política de força, transformando os aliados indígenas em súditos obedientes, vassalos de Sua Alteza. Com o objetivo de desocupar territórios, destinando-os à agricultura, o governador “guerreiro” atacou aldeias e dizimou centenas de índios. Segundo Caldeira (2008), o emprego de um verdadeiro morticínio resultou em corpos enfileirados na praia, ocupando quase uma légua, na conhecida “batalha dos nadadores”. Dois anos depois, Mem de Sá morreu, com setenta e quatro anos, encerrando-se com ele o regime de governo-geral e sendo dado início a uma estratégia administrativa da colônia, dividindo-a em dois governos: um centralizado na capital do Norte, Salvador (Bahia), e outro no Rio de Janeiro, a capital do Sul (VICENTINO; DORIGO, 1997b).

Tentativas de escravização indígena simples ou por intermédio de ordens religiosas, como as empregadas pelos jesuítas, fracassaram diante de uma forte cultura incompatível com o trabalho intensivo compulsório e em face das resistências promovidas por meio das guerras e fugas, além de uma memorável catástrofe demográfica ocorrida em virtude de doenças infectocontagiosas, trazidas pelos portugueses, para as quais os índios não possuíam defesa imunológica. Com interesses secundários, a partir de 1570, leis foram elaboradas pela Coroa a fim de não permitir a escravização dos ameríndios (FAUSTO, 2009a).

Caldeira (2008) relata que, em 1562, ocorreu a primeira grande epidemia: a varíola. Esta foi favorecida pelo aglomerado de aproximadamente trinta mil índios em torno da capital Salvador, dizimando milhares de seus habitantes e matando de fome outras centenas. Talvez por acontecimentos dessa natureza, ainda no século XVI, o problema de saúde pública preocupou Portugal, resultando na criação dos cargos de físico-mor e cirurgião-mor, cuja tarefa consistia em cuidar da saúde da população das colônias lusitanas. Entretanto, poucos médicos se instalaram no Brasil. Além de o território ser imenso, não havia incentivo para o deslocamento dos médicos para as terras brasileiras, haja vista a pobreza de seus habitantes, que os impedia de pagar consultas. Esses fatores, agravados com o medo dos tratamentos propostos pelos médicos, faziam os habitantes da Colônia a usar medicamentos indicados por curandeiros de origem negra e indígena, sendo também significativo o número de pessoas que, quando doentes, recorriam aos padres da Companhia de Jesus.

Alguns médicos, entre eles Antônio José de Araújo Braga<sup>4</sup>, citado por Abreu (2007, p. 774), pensavam que as enfermidades de que os povos da colônia ficavam acometidos, em sua maioria tinham como causas “[...] miasmas podres de que a atmosfera se acha carregada”. Esta crendice perdurou por décadas no Brasil. No período imperial, os médicos receitavam aos pacientes seu afastamento da Corte durante as crises sanitárias. Era comum eles fazerem a convocação de militares para disparar tiros de canhão, como medida preventiva, a fim de movimentar o ar e afastar o perigo dos miasmas que pairavam sobre a cidade (BERTOLLI FILHO, 2003a).

No ciclo econômico do açúcar, houve a constituição de cidades no Nordeste, como centro de colonização e urbanização do Brasil, especialmente em Pernambuco e Bahia, na base da instalação dos primeiros engenhos<sup>5</sup>, com destaque para o engenho de São Jorge dos Erasmos, com créditos de investidores estrangeiros. A exportação do açúcar se dirigia particularmente para Holanda, Inglaterra e Itália, fugindo ao controle do monopólio português. Até 1550, a mão de obra usada se constituía de índios, ao passo que, em meados de 1638, a totalidade da força de trabalho se compunha de escravos africanos e afro-brasileiros (FAUSTO, 2009a).

Em 1630, já terminada no continente europeu a Guerra dos Trinta Anos, registrou-se um declínio na economia açucareira do Nordeste, seja pela invasão dos holandeses em seu território, seja principalmente pela concorrência do plantio de açúcar nas ilhas das Antilhas, não voltando jamais sua produção a alcançar o patamar anterior. Entretanto, essa produção, segundo Fausto (2009a), constituiu-se a mais rentável para a economia da Metrópole, fenômeno identificado também no auge da exportação de ouro, excetuando as transações ilegais.

Na região Norte, a situação foi bastante peculiar. Longe do centro ativo da colônia, uma terra desconhecida dos lusos se tornou palco de disputa com os franceses (antigos navegantes das traiçoeiras águas maranhenses e traficantes de pau-brasil), que contavam com o apoio dos indígenas. Após a invasão dos franceses, em 1612, e a construção de uma fortaleza que originaria São Luís, o rei Felipe II (unificador da coroa espanhola e portuguesa) retomou as

---

<sup>4</sup> Cirurgião formado em Coimbra exercia cirurgia no Hospital de Cadiz, em Évora, e no Hospital Real de São José, de Lisboa. Foi convidado por Alexandre Rodrigues Ferreira para analisar as enfermidades e as condições da assistência médica na colônia brasileira (ABREU, 2007).

<sup>5</sup> De acordo com Vicentino e Dorigo (1997c), o engenho era constituído por extensas áreas de floresta fornecedora de madeira, por plantações de cana-de-açúcar, pela residência do proprietário, pela sede da administração, conhecida como casa-grande, pela capela e pela senzala, caracterizada por um grande barracão onde se alojavam os escravos. Em alguns casos, o engenho chegava a conter até cinco mil moradores.

terras lusitanas (BUENO, 2010b). De acordo com Fausto (2009a), a colonização do Norte da Colônia pelos portugueses se deu lentamente devido à fragilidade de integração com o mercado europeu. Portugal mostrou-se interessado nessa região em 1616, após expulsão dos colonizadores franceses e fundação de Belém. Sob forte influência indígena, a mestiçagem da população desenvolveu uma agricultura exportadora de algodão e das drogas existentes em seu sertão. A urbanização se desenvolveu no ciclo econômico da borracha, alcançando Belém e Manaus uma fase esplendorosa.

Ainda segundo Fausto (2009a), o território paulista mostrava semelhanças com a região Norte no que diz respeito ao pequeno desenvolvimento da agricultura de exportação, à influência indígena com mestiçagem da população e à disputa entre colonizadores e missionários, que mais de uma vez foram expulsos da região. Em fins do século XVI, São Paulo assinalou um progresso, mediante a produção de uva, trigo e algodão, como também pela criação de gado. Esse desenvolvimento se espalhou para o sul da colônia lusitana, o que veio demarcar o começo do movimento chamado bandeiras, caracterizado pela procura de escravos indígenas e metais preciosos. Aos bandeirantes se ligaram nomes de homens famosos, como Raposo Tavares, Domingos Jorge Velho, Matias Cardoso de Almeida, entre outros, obtendo como resultados a expansão territorial, apresamentos de índios, a descoberta de metais preciosos e a repressão de populações submetidas no Norte e no Nordeste do país. Registra-se, em 1690, o banimento do quilombo de Palmares, em Alagoas, como obra dos bandeirantes.

E, assim, no ambicioso modelo de escravismo moderno-colonial, a Coroa Portuguesa, vendo frustrada sua intenção de escravizar os habitantes primitivos do Brasil, implantou no Brasil o sistema escravocrata, então, a sociedade nativa se transformou em pólos opostos: senhor e escravo (FAUSTO, 2009a; BERTOLOZZI; GRECO, 1996; SODRÉ 1976).

O comércio negreiro era altamente lucrativo, visto que o custo do negro podia ser coberto em apenas 16 meses de trabalho escravo e que o tráfico negreiro se encontrava instalado internacionalmente, não fazendo a Coroa Portuguesa e mesmo as religiões cristãs qualquer oposição a ele. Habitantes de países do continente africano, alguns inclusive de descendência nobre, eram laçados e acorrentados, tratados como animais, jogados nos porões do navio e trazidos para sustentar a economia do novo mundo, por companhias especializadas nesse negócio. Os negros tinham compleição forte, mostrando-se resistentes para os trabalhos pesados,

e muitos deles detinham habilidades na agricultura e na criação de gado. Assim, entre os anos de 1550 e 1855, o Brasil recebeu em torno de quatro milhões de escravos negros, grande parte de homens jovens, aportados principalmente em Salvador e, posteriormente, no Rio de Janeiro. Não podemos imaginar que os negros aceitavam a escravidão de forma mais favorável que os índios. Quilombos, estabelecimento de negros fugitivos, existiram às centenas no Brasil, sendo o mais importante o de Palmares (FAUSTO, 2009a).

Em decorrência da expansão colonial, na fase da acumulação primitiva do capital, instalou-se no Brasil o modelo de escravismo moderno-colonial, diferentemente do escravismo clássico histórico e do feudalismo existente na Europa. Aqui, esse modelo encontrou território favorável à sua expansão e duração. Aqui foi “transplantado, pela violência, e, pela violência, mantido por quatro séculos”. Até a metade do século XVII, foi absoluto; a partir daí, se tornou predominante (SODRÉ, 1976, p. 18).

Analisando as comunidades primitivas, Sodré (1976) sublinha que, na produção dos meios para sua manutenção, o homem como força de trabalho é capaz de produzir um excedente além da necessária. Recorrendo a Engels, esse autor acrescenta que

[...] passou a ser conveniente conseguir mais força de trabalho, o que se logrou através da guerra; os prisioneiros foram transformados em escravos. Dadas as condições históricas gerais de então, a primeira grande divisão social do trabalho, ao aumentar a produtividade deste, e por conseguinte a riqueza, e ao estender o campo da atividade produtora, tinha que trazer consigo, necessariamente, a escravidão. Da primeira grande divisão social do trabalho, nasceu a primeira grande divisão da sociedade em duas classes: senhores e escravos, exploradores e explorados (SODRÉ, 1976, p. 18-19).

No período do Brasil Colônia, os surtos epidêmicos eram constantes, provocando doenças seguidas de mortes. As principais causas de morte eram as doenças infectocontagiosas, como a varíola, a febre amarela, a cólera e a tuberculose, tanto na área rural como urbana, dada a ausência de equipamentos e serviços de saúde, acrescida do pequeno domínio dos médicos no conhecimento científico e, conseqüentemente, no controle das doenças, sendo essa realidade mais agravada em relação aos curandeiros (BERTOLLI FILHO, 2003a).

Sob o regime colonial, marcado pela ausência de uma política de atenção à saúde pública, predominou a prática social do curandeirismo, e, pelos constantes surtos de doenças infectocontagiosas. A administração da Coroa portuguesa não se preocupava com a organização

do espaço social, mas na estratégia para a defesa do território conquistado e, conseqüentemente, a alienação e destruição dos povos primitivos (BERTOLLI FILHO, 2003a).

Registra-se uma importante determinação legal de Lisboa sobre a Colônia, que vigorou até o final do século XVIII. Segundo essa determinação,

[...] as questões relativas à saúde pública na Colônia ficavam a cargo dos comissários enviados pela Coroa e do Senado das Câmaras Municipais. Cabiam, então, a essas instâncias de poder a fiscalização e a aprovação de provisões de licença a médicos, cirurgiões, boticários, parteiras e barbeiros (SOARES, 2001, p. 408).

Com o crescimento da crise na economia do açúcar e a expansão bandeirante, em 1695, propiciando a descoberta de metais preciosos na região de Minas Gerais, houve o deslocamento da dinâmica da economia colonial para o Centro-Sul, o que provocou, em 1763, a transferência da capital para o Rio de Janeiro (FAUSTO, 2009a).

Registram Vicentino e Dorigo (1997d) que a descoberta de metais preciosos em Minas Gerais, no século XVII, mudou o eixo econômico da Colônia, provocando um desorganizado crescimento urbano das cidades, com a atração exercida junto a habitantes europeus: mais de seiscentas mil pessoas migraram de todas as partes da Europa, sendo formada uma sociedade de classes, constituída de homens livres (dentre eles, artesãos, comerciantes, pequenos proprietários, intelectuais e funcionários públicos) e escravos. Doenças se desenvolveram decorrentes do processo de trabalho na mineração, tais como: disenteria, malária, infecções pulmonares e acidentes de trabalho que afetaram a saúde dos negros, base dessa nova sociedade.

Há relatos de que a vida útil de um escravo minerador não passava de sete a doze anos, o que desencadeou um aumento no tráfico de escravos para a colônia portuguesa, entre 1720 a 1750. Na tentativa de reduzir os contrabandos, a corrupção das autoridades locais e de aumentar a receita da Metrópole, a Coroa regulamentou normas para arrecadação dos tributos: inicialmente, o quinto e, posteriormente, a capitação; regulamentou a emigração para a colônia, temendo um despovoamento de Portugal; estabeleceu limites e concessões à exploração na região de minas, contrariando a vontade dos paulistas, o que deflagrou a Guerra dos Emboabas, dando origem à Capitania de São Paulo e Minas de Ouro, separadas do Rio de Janeiro. Por volta de 1711, São Paulo se tornaria cidade (FAUSTO, 2009a).

A partir do século XVIII, dada a expansão das bandeiras, a expansão da criação de gado, a exploração mineral e a constituição das forças militares, o contorno territorial do Brasil já se assemelhava ao mapa atual (FAUSTO, 2009a).

## 2.2 A CORTE PORTUGUESA E A SOCIEDADE HIGIENICISTA

No fim do século XVIII, grandes transformações históricas se observaram em todo mundo. A Revolução Industrial (1760-1850) se realizou tendo como cenário inicial a Inglaterra, expandindo-se para os demais países. Os Estados Unidos romperam com a metrópole e se tornaram independentes em 1776, e a França fez a sua revolução burguesa, chamada a Grande Revolução Francesa (1789-1799). Esse período ficou conhecido como a era das revoluções. O modo de produção capitalista gerado por uma sociedade de classes, principalmente a burguesa, deu origem ao Estado liberal, dando fim ao que restava do modo de produção feudal e ao Estado moderno e caracterizando, assim, o fim do Antigo Regime (VICENTINO, 2006b).

A independência da colônia norte-americana desencadeou sentimentos de liberdade às demais colônias americanas. O iluminismo do século XVIII<sup>6</sup> contribuiu para a difusão da ciência, das relações mercantis, e para o surgimento do capitalismo que transformou a história do mundo. “A razão, de fato, é o órgão tipicamente iluminista, que é contraposto à autoridade e aos preconceitos” (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1986, p. 606). Difundida nos escritos de filósofos alemães, como Kant e, posteriormente, Hegel, a noção de progresso contínuo e de liberdade como um movimento histórico próprio da razão, deslocaria a humanidade do estágio de minoridade, fazendo-a ingressar em sua maioria histórica (VICENTINO, 2006b).

---

<sup>6</sup> “O termo iluminismo indica um movimento de ideias que tem suas origens no século XVII (ou até talvez nos séculos anteriores, nomeadamente no século XV, segundo interpretação de alguns historiadores), mas que se desenvolveu especialmente no século XVIII, denominado por isso o ‘século das luzes’. Esse movimento visa estimular a luta da razão contra a autoridade, isto é, a luta da ‘luz’ contra as ‘trevas’. Daí o nome iluminismo, tradução da palavra alemã Aufklärung, que significa aclaração, esclarecimento, iluminação. O iluminismo é, então, uma filosofia militante de crítica da tradição cultural e institucional; seu programa é a difusão do uso da razão para dirigir o progresso da vida em todos os aspectos” (BOBBIO, MATTEUCCI; PASQUINO, 1986, p. 605). Constitui um movimento de diferentes matizes, particularizado em cada país da Europa. Na França, o pensamento era sobretudo anticlerical, na medida em que o clero detinha cerca de 1/5 do território nacional, portanto, essa classe, juntamente com a nobreza fundiária eram consideradas parasitas da sociedade. Portanto, esse movimento, que interessava à burguesia nascente, focalizou suas ideias numa doutrina política e social.

A colônia brasileira não ficou imune à influência do liberalismo próprio da era das revoluções, concorrendo, de acordo com o ponto de vista de Fausto (2009a), para o aparecimento de lutas sociais, como a Inconfidência Mineira (1789), a Conjuração dos Alfaiates (1798) e a Revolução de Pernambuco (1817), marcos do surgimento de uma consciência nacional, tendo como uma figura marcante o herói nacional José Joaquim da Silva Xavier, o Tiradentes. No âmbito internacional, as guerras napoleônicas obrigaram a transferência da família real para o Brasil, fato que serviu para acelerar o processo de independência.

Napoleão, em cada território que anexava à França, contraditoriamente, estendia conquistas da Revolução Francesa (1789), difundindo o uso da Razão nas regras jurídicas, com a implantação do Código Napoleônico. Muito embora, fugindo das guerras napoleônicas, a coroa portuguesa contribuiu fundamentalmente para a transformação da sociedade brasileira, cuja produção aurífera, no início do século XIX, encontrava-se em declínio, tendo a Capitania de Minas Gerais expandidas suas atividades de agricultura e pecuária e mantendo um fluxo de importação de escravos e geração de lucros (FAUSTO, 2009a).

Em 29 de novembro de 1807, protegida pela belíssima marinha britânica<sup>7</sup>, a esquadra da marinha portuguesa, composta por navios mercantes e de guerra obsoletos (se não imprestáveis) zarpou às pressas do porto de Lisboa, desprovida de provisões adequadas para uma viagem de travessia do Atlântico, a qual se tornou um verdadeiro martírio, para os ilustres portugueses. A frota portuguesa<sup>8</sup> atracou em Recife no dia 13 de janeiro, devido às avarias sofridas no percurso, Rainha de Portugal (transportava as duas filhas de D. João), Fragata Minerva, Conde Henrique, Golphinho, Urânia, Vingança, Voador e Príncipe do Brasil, apresentava *deficit* principalmente de tonéis de água. A dieta a bordo, composta de biscoitos, lentilha, azeite, carne salgada de porco ou bacalhau, não foi suficiente para a viagem, obrigando a racionalizar comida e água. Não havia frutas, sucos e nem alimentos frescos. Somente foram saboreados pelos ilustres quando recebidos por embarcações brasileiras, próximo ao litoral da colônia (GOMES, 2007b). Os navios portugueses “[...] eram verdadeiras cápsulas de madeira hermeticamente lacradas.

<sup>7</sup>Eram ao todo dezesseis navios de guerra que estiveram envolvidos na fuga da família real para o Brasil, entre eles o legendário HMS Hibernia, lançado ao mar em 1804, como navio de primeira classe da Marinha Real Britânica, composto de 110 canhões, 203 pés de comprimento – cerca de 62 metros – pesando 2530 toneladas; foi vendido como ferro velho, um século depois, na Ilha de Malta (GOMES, 2007a).

<sup>8</sup>Continha, entre outros, os navios Príncipe Real (abrigava D. João e a rainha Maria I), Alfonso de Albuquerque (com a princesa Carlota Joaquina e as filhas), Medusa (que levava os ministros Antônio de Araújo, José Egydio e Thomaz Antônio).

Providos de pequenas escotilhas, que permaneciam fechadas a maior parte do tempo, os ambientes internos ficavam asfíxiantes, sem ventilação” (idem, p.82). Pareciam autênticas saunas flutuantes sob o calor insuportável equatorial, além de ambiente propício para o desenvolvimento e propagação de doenças.

D. João levou quase dois meses para completar o turbulento percurso de aproximadamente 6.400 quilômetros (tempestades violentas, ventos fortíssimos, nevoeiros densos, calor de até 35° centígrados castigaram as naus e seus tripulantes), até a Bahia - Salvador, onde permaneceu em escala por cinco semanas. O restante da esquadra aportou diretamente no Rio de Janeiro, uma semana antes, no dia 17 de Janeiro de 1808. Essa aventura repleta de aflições e sofrimentos marcou a transição da única colônia lusitana que serviu de moradia para uma Coroa e que se tornou uma nação independente. Felizmente, nenhum navio naufragou, entretanto “o excesso de passageiros e a falta de higiene e saneamento favoreceram a proliferação de pragas [...] uma infestação de piolhos obrigou as mulheres a raspar os cabelos e a lançar suas perucas ao mar (p.85) [...] ratos, baratas e carunchos infestavam os depósitos de mantimentos” (p.82). O escorbuto (doença fatal provocado pela falta de vitamina C) amedrontava a tripulação das embarcações, principalmente nas grandes travessias (GOMES, 2007b).

Luiz Joaquim dos Santos Marrocos escreveu ao pai sua participação nessa aventura:

Meu prezadíssimo pai e senhor do meu coração. É coisa muito de ponderar-se o incômodo que sofre qualquer pessoa não acostumada a embarcar e muito principalmente que tenha moléstias de maior perigo e cuidado, a quem é nocivo o tossir, o espirrar, o assoar-se [...]. É perniciosíssimo, e de toda consequência, expor-se ao enjôo marítimo que faz (parece) arrancar as estranhas e rebentar as veias do corpo, durando este tormento dias, semanas e muitas vezes a viagem inteira. Além disto, o susto do mar, trovoadas e aguaceiros, balanços, submersões do navio não são coisas ridículas para quem não é grosseiro (GOMES, 2007b, p. 83).

De acordo com Gomes (2007c), D. João fez escala na Bahia, passando aí cinco semanas, uma estratégica para a unificação política e administrativa da colônia brasileira. Salvador foi a primeira capital da colônia sendo ainda considerada como importante centro de comércio. Uma visita Real seria uma hábil manobra política, pois agregaria as províncias do Norte e Nordeste brasileiros, na medida em que Salvador tinha sido a primeira capital da colônia, e a cidade<sup>9</sup>, uma das mais bonitas do Brasil Colônia, e era ainda considerada um importante centro de comércio.

<sup>9</sup> Relativamente pequena, contando com cerca de 46.000 habitantes, entretanto, possuidora de um movimento porto, importante fonte política e econômica da colônia (GOMES, 2007c).

O povo baiano respondeu bem a chegada da corte portuguesa: realizações de festas; celebrações de missas em suas fascinantes igrejas banhadas a ouro e arquitetura barroca; cerimônias de beija-mão (homenagem em que o príncipe regente recebia de padres, comerciantes e de pessoas humildes).

Esse mesmo historiador relata que Maria Graham, uma inglesa que esteve em Salvador no ano de 1821, se decepcionou com a decadente e insalubre cidade que conheceu:

A rua pela qual entramos através do portão do arsenal é, sem dúvida nenhuma, o lugar mais sujo em que eu jamais estive. É extremamente estreita [...] ao longo da parede, estão vendedores de frutas, salsichas, chouriços, peixe frito, azeite e doces, negros trançando chapéus ou tapetes, cadeiras, cães, porcos, aves domésticas, sem separação nem distinção (GOMES, 2007c, p. 105).

Na continuação de seu relato, nota-se sua surpresa e “pavor” ao descrever as moradias:

Na maior parte, são repugnantemente sujas [...] o andar térreo consiste geralmente em celas para os escravos, cavalariças etc., as escadas são estreitas e escuras e, em mais de uma casa, esperamos numa passagem enquanto os criados corriam a abrir portas e janelas das salas de visitas e a chamar as patroas que gozavam os trajes caseiros em seus quartos. Quando apareciam, dificilmente poder-se-ia acreditar que a metade delas eram senhoras de sociedade. Como não usam nem coletes nem espartilhos, o corpo torna-se quase indecentemente desalinhado (GOMES, 2007c, p.105, 106).

A Bahia era tão fundamental para a enfraquecida Coroa portuguesa que D. João tomou uma importante medida política: abertura dos portos ao comércio com todas as nações amigas da Coroa, fato que levaria ao maior desenvolvimento da colônia, então sede da monarquia, e fato marcante para “libertação” do monopólio português e do seu imposto isolamento comercial (GOMES, 2007c).

A instalação da família real no Rio de Janeiro deslocou o eixo administrativo do Império para a então Colônia. Dom João transformou-a na capital do Império português e concedeu à cidade um toque europeu, o que a tornava digna de uma sede de monarquia. O Brasil deixou de ser colônia, integrando-se ao Reino Unido de Portugal e Algarves (VICENTINO; DORIGO, 1997d).

Então, a cidade do Rio de Janeiro, capital do Império, passou por uma grande mutação, desde sua territorialidade à vida social e política. A partir de um projeto social, adotaram-se medidas com o propósito de promover saúde através da higienização pública e do controle sanitário (FAUSTO, 2009a; NUNES, 2000; OLIVEIRA, 1983; MACHADO, 1978).

Soares (2001, p. 414) sublinhou que “[...] a transferência da Corte portuguesa para o Brasil em 1808 fez com que as elites estabelecidas no Rio de Janeiro elaborassem paulatinamente um projeto de civilização dos trópicos”. Fundou-se o Banco do Brasil, criou-se o Jardim Botânico e uma Biblioteca Real promovendo a arte, a ciência e a cultura (VICENTINO; DORIGO, 1997d). Em 1819, a Coroa calculava que o Brasil possuía cerca de 3,6 milhões de habitantes, sem a contagem das crianças, índios e escravos; apenas 30% dessa população eram representados por brancos; 74% da população ainda se encontravam no litoral (FAUSTO, 2009a).

O Rio de Janeiro era considerado uma importante rota marítima: possuía um porto bem localizado para o comércio geral. Recebia, nas calmas águas da Baía de Guanabara, navios da Europa e Estados Unidos, com um ritual muito particular – salvas de tiros de canhão. Um ponto ideal para reparo e reabastecimento das embarcações. Além disso, o Rio possuía uma natureza inigualável, como relatado por Charles Darwin a bordo do navio Beagle, em abril de 1832. Parecia uma cidadezinha bela e tranquila, entretanto, vista de perto a cidade mostrava seus horrores: ocupada por 60 mil habitantes, numa época em que possuía 4.000 residências alocadas em ruas sujas e estreitas, não raro sendo encontrados urubus e ratos infestando as moradias, era considerada uma cidade movimentada, de barulho incessante. Os hábitos dos moradores constrangiam os visitantes estrangeiros: as mulheres morenas e vistosas se vestiam e se comportavam sem elegância, possuindo o incômodo hábito de cuspir no chão em plena via pública; os homens suados andavam de chinelo e calça leve para suportar o calor do trópico; os escravos realizavam todo tipo de trabalho: eram barbeiros, sapateiros, carregavam gente e mercadoria e, à noite, carregavam nas costas grandes tonéis contendo urina e fezes dos moradores, pois não havia rede de esgoto, nem sequer fossa sanitária; a alimentação, composta de carne seca, feijão, farinha de mandioca ou de milho e frutas como banana, laranja e abacaxi, era compartilhada com a família durante as refeições, que eram realizadas no chão, sem talheres, já que comiam com os dedos. A falta de higiene gerava problemas gigantescos à saúde pública: febres, disenteria, sarna, erisipela, elefantíase, bicho de pé, lombrigas, leucorreia, hepatite, varíola, tuberculose, e outras dezenas de doenças levantadas pelo médico Bernardino Antônio Gomes, dizimaram centenas de cariocas e viajantes (GOMES, 2007d).

Constatou-se que a administração portuguesa, do Brasil Colônia, não havia se preocupado com a organização do espaço social e os cuidados com a saúde eram quase que de exclusiva

responsabilidade das práticas populares, enquanto que a medicina se dirigia para a cura das doenças de um grupo seletivo. Portugal se preocupava apenas com a defesa do território conquistado, impedindo e/ou expulsando os invasores estrangeiros, sendo difundida uma falsa ideia de saúde no conjunto da população (NUNES, 2000; OLIVEIRA, 1983).

Esse quadro se alterou com a vinda da Corte portuguesa para o Brasil, iniciando-se um período de grandes transformações sociais, como também no campo da saúde. O poder constituído tinha necessidade de manter uma nova relação com a sociedade, dentro de uma ordem moral e de saúde. Do ponto de vista da medicina, surge um projeto social com o propósito de promover a saúde por meio da higienização pública e do controle sanitário (NUNES, 2000; OLIVEIRA, 1983).

Pela primeira vez no Brasil, as questões sanitárias tiveram prioridade. As primeiras escolas de medicina foram criadas: na Bahia, em 1808, a Escola de Cirurgia; no Rio de Janeiro, em 1809, a Cátedra de Anatomia no Hospital Militar, seguida pela de Medicina Operatória (BERTOLLI FILHO, 2003a; NUNES, 2000).

Após a morte da rainha louca D. Maria, o príncipe regente foi coroado rei, com o título de D. João VI, época em que ocorriam, na Europa, as revoluções liberais e a luta antiabsolutista, fatos que desencadearam o retorno do rei a Portugal, em abril de 1821, ocupando o seu lugar na colônia, seu filho, o príncipe Pedro (VICENTINO; DORIGO, 1997d).

Apoiado pelo partido brasileiro, o príncipe regente se recusou a retornar a Portugal e, no “Dia do Fico”, em janeiro de 1822, dá-se início à ruptura com a Metrópole. Notadamente no dia sete de setembro de 1822, às margens do riacho Ipiranga, o “Defensor Perpétuo do Brasil” formalizou a independência do Brasil e, no dia primeiro de dezembro, foi coroado imperador, recebendo o título de D. Pedro I e dando início a um governo monárquico (FAUSTO, 2009a).

A consolidação da independência do Brasil custou aos cofres da ex-colônia dois milhões de libras pagas a Portugal como forma de compensação pela perda do território, dinheiro este oriundo de um empréstimo feito à Inglaterra. Um importante embate político foi travado em torno da aprovação de uma Constituição, focado na disputa pelo poder entre D. Pedro I e os constituintes, o que resultou na promulgação da Constituição, em março de 1824, a qual vigorou

até o fim do Império, definindo-se o sistema político como monárquico, hereditário, constitucional (FAUSTO, 2009a).

Em 1829, foi criada a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, por intermédio de um pequeno grupo de médicos, com intuito de recuperar o saber médico, usando-o para transformação do caos urbano de “uma cidade suja e doente, corrompida pelos miasmas e pelos comportamentos pouco recomendáveis da população” (SOARES, 2001, p. 415) em um ambiente civilizado. Essa Sociedade, a pedido da elite nacional, como órgão consultivo do imperador, das autoridades e da própria elite intelectual, tinha o propósito de impor-se como a guardiã da saúde pública e defensora das ciências médicas. Posteriormente, mediante Decreto Regencial (08/05/1835), D. Pedro I a denominou de Academia Imperial de Medicina. Essa unidade de ensino exerceu forte influência sobre as decisões governamentais, no que se refere à saúde pública, devendo ela apresentar

[...] um amplo programa que se estende desde a higiene à medicina legal; educação física das crianças; a questão dos enterros nas igrejas; denunciará a carência de hospitais; estabelecerá regulamentos sobre as farmácias; medidas para melhorar a assistência aos doentes mentais; denunciará também as casas insalubres e repletas de pessoas; e dará destaque ao saneamento (NUNES, 2000, p. 253-254).

Nunes (2000) destaca que “[...] ao mesmo tempo em que a medicina enquanto medicina social oferece ao Estado seus préstimos [...] cobra dele a luta contra o charlatanismo e o reconhecimento da exclusividade do saber sobre a saúde” (p. 257).

Nesse século, além das faculdades de Medicina, foram criados periódicos acadêmicos direcionados ao estudo das doenças que acometiam a população, como as teses produzidas entre 1835 e 1855 que atribuíam ao tráfico de africanos a origem de certas enfermidades, como a febre amarela e a sífilis, e os manuais direcionados aos senhores com o intuito de aconselhar e educar sobre a “higiene do escravo e as doenças que mais os acometiam” (PÔRTO, 2008, p. 728). A partir de então, os boticários, curandeiros e parteiras, tornaram-se alvo de críticas severas da medicina acadêmica, na frustrada tentativa de extinguir as fronteiras entre os domínios da ciência médica e do maravilhoso (PÔRTO, 2008; BERTOLLI FILHO, 2003a; SOARES, 2001).

De acordo com Pôrto (2006), o Estado apoiou apenas a elaboração de três livros carregados de conselhos higiênicos dirigidos aos senhores de escravos. São eles: os manuais de Jean-Baptiste Imbert (1834), de Carlos Augusto Taunay (1839) e de Antônio Caetano da Fonseca (1863).

Esses manuais relatavam as principais enfermidades que acometiam os negros; os diversos tratamentos caseiros; os aspectos gerais da saúde, tais como escolher no mercado um negro saudável, como deve ser seu estado físico, quais são suas condições de habitação, vestuário, alimentação, jornada de trabalho, repouso e castigos. Essas obras não sugeriam a criação de um serviço de saúde destinado ao tratamento dos escravos. A sua saúde foi indiretamente tematizada pelo Estado,

[...] como por exemplo a saúde da escrava ama-de-leite que exerce a chamada amamentação mercenária com a criança do senhor, e o perigo que o escravo representava para a saúde no meio doméstico ou para toda a sociedade, como responsável pela transmissão de diversas moléstias (PÔRTO, 2006, p. 1021).

Em Pôrto (2006), observamos nas crônicas de viajantes, como o médico Johann Emmanuel Pohl, alguns hábitos medicinais adotados, pela população negra, nesse período: “[...] os negros servem-se, em geral, de remédios baseados nas credências que trouxeram da pátria, atravessando o mar, e que conservam zelosamente” (p. 1024), partes do acervo do mito sobre a história da escravidão no Brasil. Para esse autor, houve “[...] tais como ter havido uma negligência absoluta dos senhores para com a saúde dos seus cativos ou de os escravos terem sido totalmente dependentes, incapazes de agir sobre sua própria saúde” (idem, p. 1020). A condição para ter escravos como propriedade, era “[...] o senhor deve dispor dos instrumentos e objetos necessários ao seu trabalho e dos meios indispensáveis ao seu sustento” (SODRÉ, 1976, p. 19).

A população oitocentista reconhecia, no ofício dos barbeiros, a capacidade de curar doenças. As barbearias, em grande parte instaladas nas próprias moradias, estavam sempre cheias, oferecendo forte concorrência aos cirurgiões na realização de pequenas cirurgias. No Rio de Janeiro, negros ou mulatos se ocupavam no desempenho dessa função. O século XVIII teve a forte marca da influência da cultura miscigenada popular no tratamento e na cura das doenças. Nessa época, as ciências médicas detinham pouco ou nenhum poder sobre a população; até as camadas dominantes viviam sob a herança medieval que subordinava a medicina à fé católica trazida do Velho Mundo (SOARES, 2001).

[...] o mau-olhado era considerado extremamente nocivo, sobretudo às crianças, e resultava no terrível quebranto: uma doença que despertava profundas angústias, uma vez que era considerada capaz de provocar a morte dos inocentes. O remédio contra os males advindos do mau-olhado era assegurado pelo uso de amuletos e pelas benzeduras; portanto, a cura e a profilaxia contra semelhantes enfermidades não estavam nas mãos dos médicos (idem, p. 420).

O reverendo Robert Walsh, citado por Soares (idem, p. 423), em sua passagem pelo Rio de Janeiro entre 1828 e 1829, narra o seguinte episódio:

[...] um dia, passeando com um amigo meu, encontramos um homem que sofria dessa doença (erisipela). Perguntamos a ele se havia experimentado alguns remédios específicos que citamos; respondeu que não, porque havia tentado o melhor tratamento do mundo e, como não fizera efeito, tinha desistido de experimentar o resto. Curioso para saber a respeito desse tratamento, perguntei-lhe como era e respondeu-me que tinha tomado sangue de galo preto e untado com ele as partes afetadas. Esse homem morreu pouco tempo depois, recusando-se obstinadamente a tomar outro remédio.

Monsenhor Pizarro de Araújo sustenta que “[...] a pastoral, datada de 6 de março de 1775, obrigava os médicos e cirurgiões a precaver os enfermos nos princípios das curas e perigos delas com os santos sacramentos, para que fortalecidos em tempo, resistissem às sagacidades do inimigo” (apud idem, p. 418).

No imaginário popular, as doenças possuíam natureza sobre-humana, segundo o Monsenhor Pizarro de Araújo, sendo elas consideradas “[...] fruto do pecado ou das artimanhas do demônio, a cura dependia da vontade divina, não dos remédios” (apud idem, p.418). Conforme Rodrigues, “[...] combater a morte era, para muitos, uma verdadeira blasfêmia contra os desígnios de Deus” (apud idem, p. 418). Desse modo, não é exclusivamente a falta de médicos na colônia lusitana no século XIX que explica a busca pela cura nos mezinheiros<sup>10</sup>; essa atitude irracional baseia-se, antes, na concepção da origem das doenças e suas terapias sobrenaturais, característica marcante, até mesmo nos países da Europa ocidental, associada ao sincretismo de culturas indígenas, africanas, espanholas e portuguesas presentes nas camadas populares e na elite brasileira.

Um remédio popular para dor de dentes é preparado assim: um camaleão vivo é posto numa vasilha de barro com uma tampa hermeticamente fechada e reduzido a cinza. Uma porção desta cinza é esfregada entre um dedo e o polegar e aplicada sobre as gengivas e posta na cavidade cariada. O Senhor H. L., senador de Santa Catarina, achou eficiente este processo. Sua senhora guardou a cinza restante para algum eventual uso futuro. (SOARES, 2001, p. 422).

Minhocas fritas vivas em óleo de oliva, e aplicadas quentes com emplastro, removem o panarício que é muito comum entre negros e brancos (apud idem, p. 422).

Além dos fatos apresentados, desfavoráveis ao saber médico, alguns médicos admitiam uma impotência da medicina. Segundo Soares (idem, p. 425), Dr. Pereira Rego admitia que as epidemias fossem de causas desconhecidas, impossibilitando medidas profiláticas e terapêuticas.

<sup>10</sup> De acordo com Soares (2001), mezinheiros são pessoas que acreditavam possuir a faculdade de intervir na origem sobre-humana das doenças e que, para isso, lançavam mão de rituais e métodos terapêuticos populares (mezinhas).

Outro fator agravante para o saber médico era o tipo de relacionamento ameno entre médicos e população: as vacinações despertavam desconfiança e resistência popular; o contato entre os pobres e os médicos ocorria nos hospitais, instituições consideradas abrigos para os deserdados de toda sorte, local de isolamento e reclusão, depósitos de infelizes nos últimos dias de suas vidas, haja vista o desejo de morrer em suas residências, próximos à assistência de parentes. Assim, “[...] o interesse médico deslocava-se do doente para a doença; o indivíduo enfermo tornava-se um caso, o portador de um distúrbio patológico” (idem, p. 427).

O projeto de medicina social implantado no início do século XIX para a transformação da cidade, principalmente da Corte, no propósito de transformar os indivíduos em pessoas saudáveis, voltou-se para o planejamento de uma medicina urbana, medicalizando-se o espaço urbano e suas instituições – hospitais, cemitérios, escolas, quartéis, fábricas e prostíbulos (FAUSTO, 2009a; NUNES, 2000). Esse projeto se direcionou, também, à força de trabalho urbano, não caracterizando uma medicina do proletariado, visto que o grupo social mais importante nessa época era o agrário-exportador, suplantado pela mão de obra escrava (OLIVEIRA, 1983).

Para Carvalho e Lima (1993), citado por Nunes (2000, p. 254), a medicina e seu projeto de higienizar e disciplinar a sociedade transcende o seu fundamento na “intervenção médico-sanitária sobre o espaço urbano, constituindo-se em elemento essencial ao desenvolvimento do capitalismo, uma vez que criaria as condições socioculturais de sua emergência”.

Ideias republicanas e problemas socioeconômicos levaram D. Pedro I à abdicação do trono em favor de seu filho D. Pedro II, iniciando-se o período regencial. Sob essa modalidade de governo, o país foi regido por figuras políticas interessadas em praticar reformas com o objetivo de diminuir as atribuições dos órgãos da monarquia. Nesse contexto político, confrontavam-se dois grandes partidos: o conservador e o liberal. O partido liberal tratou de apressar a ascensão de D. Pedro II ao trono, fazendo-o assumir aos 14 anos. Em 1870, surgia, a partir de São Paulo, um novo ciclo na economia brasileira, sustentada na produção cafeeira, que provocou um deslocamento do polo dinâmico do país para o Centro-Sul, dando origem a movimentos republicanos e originando um processo de uma descentralização socioeconômica (FAUSTO, 2009b).

Em função da cafeicultura, os maiores portos se aparelharam, créditos foram consignados, desenvolvidos meios de transporte, resultando no surgimento de empregos, o que veio revolucionar o Império. Títulos de nobreza – barões do café – foram distribuídos para os grandes produtores. O tráfico de escravos ganhou fôlego (FAUSTO, 2009b). O século XIX “[...] registrou o maior número de entradas de escravos africanos no Brasil e, ao mesmo tempo, das tentativas para a eliminação do chamado comércio infame” (PÔRTO, 2008, p.728).

Com a consolidação do capitalismo, hegemônico pela Inglaterra e baseado na força de trabalho livre, a esse país não interessava, do ponto de vista econômico, a preservação, no cenário mundial, da escravidão. A vigência da escravidão no Brasil estava prestes a terminar, com o tratado firmado, em 1826, com a Inglaterra, o qual rezava que, decorrido três anos, o tráfico de escravos para o Brasil seria declarado ilegal. Em 7 de novembro de 1831, uma lei deu prosseguimento ao tratado, sendo previstas penas para os traficantes. Essa mesma lei declarava em liberdade todos os cativos que entrassem no Brasil após aquela data. Mas seu efeito era nulo, e, como o fluxo de tráfico voltou a crescer, o parlamento inglês autorizou sua marinha inglesa a aplicar aos navios negreiros o mesmo tratamento usado a navios piratas (FAUSTO, 2009b).

A partir da segunda metade do século XIX, com um maior controle nacional e internacional sobre o tráfico de escravos, “[...] nota-se uma preocupação mais consistente dos senhores com a preservação da mão-de-obra escrava, já que a oferta se tornara mais escassa, mas não sua demanda, o que provoca a valorização do preço das peças” (PÔRTO, 2006, p. 1022). O medo da perda dos escravos pela morte ou pela fuga limitava, de certo modo, os maus tratos. O interesse era prolongar a vida útil do escravo, enquanto mão de obra grátis, sem reduzir a jornada de trabalho, por meio de medidas relativas à melhoria do tratamento. No Brasil, o então ministro da justiça, Euzébio de Queiroz, encaminhou um projeto de lei ao Parlamento para que fossem tomadas medidas mais eficazes contra o tráfico de negros. Desse modo, no ano de 1850, o tráfico de escravos se extinguiu no Brasil, provocando a liberação de capitais no mercado, os quais seriam empregados, a partir de então, em outros negócios e especulações, especialmente, empresas, indústrias, estradas, ferrovias e bancos (FAUSTO, 2009b).

De acordo com Fausto (idem), a partir da década de 1870, começou a surgir uma série de sintomas de crise no reinado, como o início do movimento republicano, o atrito do governo imperial com o exército e a igreja, além da problemática da escravidão. O fim da escravatura se

desenrolou nas etapas subsequentes: primeiro, a Lei do Ventre Livre, de 1871, seguida da Lei dos Sexagenários, em 1885. Apareceram associações e debates dentro do movimento abolicionista, que ganhou forças e expressão na cena pública, especialmente com notícias em jornais. Finalmente, no dia 13 de maio de 1888, a Princesa Isabel assinou a Lei Áurea, abolindo a escravidão.

Sodré (1976) recorre a Engels para analisar a base de sustentação da escravidão e sua decadência, ao lembrar que a escravidão dependia do desenvolvimento de uma produção com distribuição desigual. Para Engels,

[...] este sistema, que dominou vastas áreas do mundo, chegaria ao fim, entretanto, quando passou a constituir um entrave ao desenvolvimento das forças produtivas: A escravidão não produzia mais a ponto de compensar os gastos e custos que acarretava, por isso morreu; mas ao morrer, deixou atrás de si um espinho venenoso: o trabalho produtivo tornado ignóbil para os homens livres [...] só uma revolução radical podia solucionar o problema (SODRÉ, 1976, p. 19-20).

O anoitecer do século XIX foi marcado pela decadência do regime monárquico. O Império se viu desgastado por tendências abolicionistas defendidas pela imprensa e pelo exército, apesar da legislação criada, entretanto não aplicada, pelo governo a favor dos escravos por meio da Lei do Ventre Livre e da Lei dos Sexagenários. Outro ponto da crise decorreu do atrito com a Igreja católica, na qual se processava o regime do padroado, até que o papa Pio IX declarou proibida a permanência da maçonaria na Igreja, proibição rejeitada pelo imperador, desencadeando um impasse entre o clero, o que provocou a punição dos insubordinados ao imperador, D. Vidal de Oliveira e D. Antônio de Macedo. O regime militar, que ganharia forças após a Guerra do Paraguai, contribuiu para a decadência do Império ao defender a abolição e a república, influenciado pela mentalidade positivista. A expansão republicana surgiu como resposta ao imobilismo burocrático do governo imperial. Em 1870, membros do Partido Liberal elaboraram o Manifesto Republicano e, mais tarde, fundaram o Partido Republicano. Os cafeicultores paulistas apoiaram os projetos republicanos e sua aliança com os militares do exército foi decisiva para viabilizar a Proclamação da República (VICENTINO; DORIGO, 1997e).

A fase imperial do Brasil encerrou-se sem que o Estado solucionasse os problemas de saúde coletiva. As medidas sanitárias de natureza frágil, não inspiravam confiança, ao contrário, havia um temor, que limitava a internação nos hospitais públicos e nas Misericórdias. Restava à elite local procurar assistência médica em clínicas particulares, por vezes, até mesmo na Europa. Dom

Pedro II incentivou as pesquisas científicas, e investiu num sofisticado laboratório de pesquisas de doenças tropicais, na França, restando ao Brasil a fama de ser um dos países mais insalubres do planeta (BERTOLLI FILHO, 2003a).

### 2.3 OS MODELOS DE SAÚDE DIRECIONADOS PARA A ECONOMIA NACIONAL

Na análise de Moraes (1983) sobre a crise da Monarquia e sua transição para a República, esse período foi marcado pela decadência do regime de escravidão, com o surgimento de outras formas de exploração da mão de obra, do tipo capitalista, que passa a substituir a mão de obra dos escravos por aquela procedente dos recém-chegados imigrantes europeus.

Em termos de práticas sociais, nesse período, novas propostas vieram à tona: os médicos desenvolveram modelos de atenção à saúde para a sociedade; os advogados, novas relações jurídicas; os militares se tornaram opositores à monarquia (MORAES, 1983).

A proclamação da República, em 1889, foi o produto da aliança do café com a espada, para não se afirmar claramente que decorreu de um golpe de Estado. Diferentes projetos republicanos disputavam a hegemonia no Brasil: o ideal de um liberalismo econômico e político defendido pelos cafeicultores com o objetivo de substituir o centralismo imperial pela descentralização republicana, cabendo ao Estado administrar os interesses do indivíduo; o ideal de uma república positivista, defendida pelos militares, influenciada pelo filósofo Auguste Comte, na qual o Estado centralizador alcançaria o progresso a qualquer custo, dentro de uma ordem, uma verdadeira ditadura republicana (VICENTINO; DORIGO, 1997f).

Somente nos primeiros anos da República, as políticas públicas de saúde surgiram, no Brasil, com responsabilidade do Estado. Então, os governos das grandes cidades começaram a se preocupar com as condições de saúde da população. Nessa época, havia uma crescente economia cafeeira (agricultura de exportação). As cidades portuárias do Rio de Janeiro, Santos, Recife, Salvador e Belém tinham papel de destaque, uma vez que a exportação era feita por meio de navios (FAUSTO, 2009c; MELO; CUNHA; TONINI, 2008).

O comércio lucrativo do café deu origem a uma rede de núcleos urbanos, que atraíram brasileiros e imigrantes europeus, tornando-se centros de pequena produção e consumo. Diversificou-se, assim, a economia, favorecendo a industrialização de produtos de bens de consumo não-duráveis (têxtil e alimentícia), estimulado pelo Estado desde a eclosão da Primeira Guerra Mundial, em 1914. É nessa conjuntura que o Estado começou a planejar e estruturar um novo setor de saúde pública, preocupado com os trabalhadores, geradores de progresso de que a nação tanto necessitava para essa nova era do capital nacional (FAUSTO, 2009c; MELO; CUNHA; TONINI, 2008; VICENTINO; DORIGO, 1997g).

Na bandeira do Brasil, expressava esse contexto o lema Ordem e Progresso; o Estado se colocava como um fiador de uma necessária ordem para com um povo suficientemente saudável e educado para executar cotidianamente suas funções no trabalho, força propulsora do progresso nacional. Havia necessidade urgente de atualizar a economia e a sociedade, de um moral escravista para aquela norteada por valores mercantis, redefinindo os trabalhadores brasileiros como uma forma produtiva humana (BERTOLLI FILHO, 2003b).

Bertolli Filho (2003b, p. 24), faz uma alusão a uma reflexão realizada por Belisário Penna, sobre a prosperidade de uma nação como a do Brasil, que apresentava um índice de analfabetismo na ordem de 80% e outros tantos afetados por doenças “evitáveis”, ao dizer que “não pode haver progresso entre indivíduos ignorantes, e muito menos quando à ignorância se juntam a moléstia e os vícios, o abatimento físico e intelectual, as lesões dos órgãos essenciais”.

A entrada dos contingentes populacionais imigrantes impulsionou a formação de um mercado de produção/consumo, com mão de obra assalariada, o que se intensificou após 1888 com a abolição da escravatura e conseqüente crise em decorrência da falta de mão-de-obra escrava. Imigrantes oriundos principalmente da Itália, da Espanha, da Alemanha e do Japão (2,71 milhões chegaram ao Brasil no decorrer de 1886 a 1914, ou seja, durante 28 anos) concorreram para um grande crescimento populacional. Nessa época, surgiram os cortiços e as favelas, o que aumentou o índice de pobreza (acompanhada da analfabetização) e a falta de higiene. Esse fato, de agravamento das condições sanitárias e de habitabilidade, associado a um desinteresse histórico do Estado em planejar políticas sociais de saúde, acabou por resultar na eclosão de epidemias decorrentes de doenças infectocontagiosas que dizimaram centenas de pessoas (BERTOLLI FILHO, 2003b; BUENO, 2010d).

Bueno (2010d), tido como um genial historiador e amante do Brasil, relata, em seu trabalho intitulado “Brasil: Uma História”, o surgimento da “Babel Brasileira”, que se iniciou por volta do ano de 1532, quando os portugueses aqui instalaram sua colônia, em regime de capitânicas hereditárias. Ao longo de quatro séculos de tráfico, além do massacre dos indígenas, a procriação dos mamelucos e cafuzos, os portugueses trouxeram 4,5 milhões de negros da África, e por meio de uma cultura política e econômica baseada na exploração da mão de obra escrava, contribuíram para construir em nosso território uma nação de grandes e quase insuperáveis desigualdades socioeconômicas.

Com o fim da escravatura, o país, ávido por crescimento, necessitou de uma acelerada importação de grandes contingentes imigrantes. Em isso acontecendo, a sua paisagem tornou-se um caldeirão de nacionalidades (portuguesa, africana, italiana, alemã e japonesa, entre outras), modificando para sempre a subjetividade de seu povo, a qual se constituiu de um misto de ideários valorativos, atitudes, estruturas de linguagens, gostos alimentares, guias de pensamento de ação. Apesar de não terem mudado o clima, criaram uma paisagem social, cultural, política e econômica completamente nova. Os conflitos entre os diferentes vetores, provenientes das distintas nacionalidades, amalgamaram um estrutura física e psíquica particular, a alma própria do povo brasileiro, com traços particulares segundo as diversas regiões (BUENO, 2010d).

Em termos dos imigrantes, na opinião desse autor,

A decepção era imediata: cada família era forçada a cuidar de cerca de sete mil pés de café (anteriormente, a um único escravo eram confiados seis mil pés, em jornadas diárias de 14 horas) mais cinco ou seis carpas (como se chamava a limpeza da lavoura para eliminar as ervas daninhas) por ano. Além disso, alojados em terras distantes, os imigrantes tinham de comprar seus viveres na venda do dono da fazenda, a preços extorsivos. Acabavam devendo mais do que recebiam (BUENO, 2010d, p. 275).

E, desse modo, em reação ao regime de semiescravidão dos cafezais, no alvorecer do século XX, segmentos de migrantes se deslocam para as grandes cidades. Em São Paulo, novos bairros se constituem com alfaiates, padeiros, sapateiros e donos de cantinas, tais como: Bexiga, Mooca e Brás. Em Porto Alegre, em 1824, apesar das condições de viagens serem terríveis, quanto aos demais imigrantes as vinte e seis famílias de alemães que emigraram para o Brasil, embora ludibriados com promessas de aliciadores e, abandonados por esses, obtiveram êxito no seu empreendimento ao construir duas grandes cidades: São Leopoldo (importante polo da indústria de calçados do Brasil) e, posteriormente, Novo Hamburgo. Bueno (2010d), também destaca a

situação dos japoneses, desembarcados aqui, em 1908: um conjunto de homens da cor amarela, subsidiados pelo governo de São Paulo, com custeio de passagem (julgados povos inferiores pelos colonizadores, porque eram homens franzinos, os quais, se poderia exigir apenas 2/3 do trabalho produzido por um imigrante branco), que desconheciam o Brasil e sua língua, e foram submetidos a árduas condições de trabalho, conseguiram se manter na cidade de São Paulo, reconstruindo sua identidade na diversidade (BUENO, 2010d).

Afora esse quadro, resultante da política econômica implantada pelos portugueses, no Brasil, o principal problema do Estado passou a ser a saúde pública, em função das epidemias provocadas pelas doenças infectocontagiosas (varíola, febre amarela, malária e tuberculose) que ceifaram centenas de vidas e que eram diretamente relacionadas às condições desfavoráveis de habitação, higienização, saneamento básico, alimentação e as longas e ininterruptas jornadas de trabalho (PEREIRA et al., 2008).

Nessa nova era de reforma político-econômico-administrativa, o Estado com interesses na “ordem e progresso”, determinado a fortalecer uma política de simbiose com a elite burguesa (que se sustentava por meio do Estado, dando, ao mesmo tempo, ao poder sua sustentação) definiu uma estratégia de investimento na área da saúde pública, notadamente no setor urbano das grandes cidades (Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte), área de importância para a economia nacional, propondo um projeto sanitário, pautado nas campanhas sanitárias, com ações voltadas para promoção e proteção da saúde para uma parcela da coletividade urbana (BERTOLLI FILHO, 2003b).

O Estado buscava apoio junto à categoria de médicos, ao mesmo tempo, que fortalecia as ciências médicas modernas, com vistas à higienização das cidades, por meio da implantação de políticas públicas, como as seguintes:

- a valorização da medicina e dos médicos diplomados, procurando encerrar a prática do curandeirismo;

- a criação de serviços sanitários estaduais em 1892 (substitutos das antigas juntas e inspetorias de higiene), que se transformaram em institutos, como o Instituto Butantã, o Instituto Biológico e Bacteriológico (posteriormente denominado Instituto Adolfo Lutz), o Instituto Pasteur e o Instituto Soroterápico de Manguinhos (em 1908, denominado Instituto Oswaldo Cruz

– hoje considerado o principal centro de pesquisas médico-epidemiológicas do país), com finalidade de implantar políticas sanitárias, visando ao saneamento físico, moral e intelectual;

- a produção de produtos médico-veterinários, incluindo a elaboração de soros e vacinas;
- a contratação de pesquisadores estrangeiros, consultores na área da saúde pública;
- o emprego do modelo do “campanhismo”, em que campanhas sanitárias eram instituídas e abandonadas assim que os surtos presentes na época fossem controlados (BERTOLLI FILHO, 2003b).

Nessa conjuntura, o Estado liberal<sup>11</sup> começou a planejar e estruturar um modelo de saúde pública, levado possivelmente pela organização dos trabalhadores, no sentido de cooptá-los e gerar o progresso que a nação tanto necessitava para essa nova era do capital nacional (FAUSTO, 2009c; BERTOLLI FILHO, 2003b).

Surge, então, o modelo de atenção à saúde campanhista para a modernização do espaço público, por meio do conhecimento do sanitarista Oswaldo Cruz, imposto à sociedade brasileira, modificado pelo seu sucessor, Carlos Chagas, em 1920, que introduziu medidas de educação e propaganda sanitária, nas principais cidades do país (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A partir do século XX, o saber médico, obtendo reconhecimento social, com sua postura mais científica, começou a colidir, frontalmente, com os costumes e dogmas religiosos, os quais predominavam desde os anos 1600 e 1700. Para Foucault, citado por Soares (2001, p. 427), a medicina acadêmica voltou-se para o corpo como um objeto, como forma de observação em busca do saber.

Um movimento de reforma sanitária se instala, dando início à era da reforma urbanística e higiênica das grandes cidades: retificação de rios causadores de enchentes, drenagem de pântanos, destruição de viveiros de ratos, fiscalização de casas, pensões, fábricas, bares, hospitais, destruição das favelas, expulsão de pobres trabalhadores de prédios antigos e decadentes, divulgação de regras básicas de higienização e hospitalização compulsória das

---

<sup>11</sup> Sobre a instituição do Estado liberal, no Brasil, há controvérsias, mesmo porque a República se instalou por meio de Golpe Militar e, na República Velha, como no Estado Novo, predominaram os regimes autocráticos, com breves referências a institutos democráticos, como a Constituição de 1934, de vigência curta, na medida em que, em 1935, se instalou um regime de exceção, acompanhado, imediatamente, em 1937, de um golpe que deu origem à Ditadura Getulista (VICENTINO; DORIGO, 1997f).

vítimas de doenças infectocontagiosas e dos doentes mentais eram algumas das medidas realizadas pelos sanitaristas. Em contrapartida, o meio rural não foi contemplado, predominando um modelo caótico de saúde pública (BERTOLLI FILHO, 2003b).

A classe operária emergente, influenciada por movimentos sindicalistas italianos, com a difusão das ideias trazidos pelos imigrantes, fortaleceu um processo de enfraquecimento da oligarquia dominante, rompendo com a concepção não intervencionista do Estado, na relação entre capital e trabalho. A partir da Revolução de 1930, o Estado interveio deliberadamente na economia, instituindo a Legislação Trabalhista (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BATICH, 2004; BERTOLLI FILHO, 2003b; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Historicamente, uma política social direcionada aos setores menos privilegiado da sociedade, não foi objeto de prioridade das autoridades republicanas, apesar de o trabalhador ser, de fato, a grande fonte geradora de riqueza nacional. O Estado optou por investir na expansão da produção, beneficiando a elite econômica, dando origem ao domínio das relações capitalistas, caracterizadas pela produção das desigualdades sociais, na medida em que a riqueza era socialmente produzida, mas apropriada privadamente pelos proprietários dos meios de produção. O compromisso do Estado não era com a classe trabalhadora, sendo a atenção à saúde relegada ao segundo plano, perpetuando-se o círculo vicioso: desamparado e sem participação nas decisões do governo, o trabalhador recebe salários baixos e vive mal, adoecendo com facilidade, tendo sua vida produtiva abreviada, situação que tornava muito mais improvável a superação da pobreza nacional (BERTOLLI FILHO, 2003b).

Segundo Bertolli Filho (2003b), em 1918, a nação contava com cerca de vinte milhões de pessoas acometidas por doenças parasitárias, infectocontagiosas (cerca de cinco milhões de tuberculosos), desnutrição e alcoolismo. O homem rural brasileiro era um personagem doente. O escritor Monteiro Lobato retrata esse cenário com a criação da figura do “Jeca Tatu” – homem fraco e desanimado, que morava no mato rodeado por miséria, com sua mulher magra e feia e seus filhos pálidos e tristes e cujas enfermidades o impediam de contribuir para o progresso do país. Consumido e sem produzir, o homem miserável, urbano ou do campo, brasileiro ou imigrante, anemiava o Brasil, impedindo o progresso tanto cobiçado pela burguesia. Entretanto, os sanitaristas trouxeram novas concepções científicas. Em São Paulo, Emílio Ribas e seu auxiliar Adolfo Lutz contestaram a medicina tradicional e, num ousado experimento, tornaram-

se cobaias ao serem picados pelo mosquito *Aedes aegypti* contaminado, comprovando a teoria moderna da febre amarela. Expedições científicas foram realizadas no interior do Brasil, tratando dos enfermos encontrados pelos caminhos e identificando o crítico estado sanitário da população brasileira.

Registra-se que a primeira Constituição republicana, promulgada em fevereiro de 1891, no governo provisório de Deodoro da Fonseca (considerada possuidora de características liberais, pois consagrava o direito dos brasileiros e estrangeiros residentes no país à liberdade, à segurança e à propriedade), inaugurou o sistema presidencialista de governo. O Brasil transformou-se numa república federativa, com um governo central e vinte estados, dotados de uma grande dose de autonomia administrativa, jurídica e fiscal (FAUSTO, 2009c; VICENTINO; DORIGO, 1997f).

A Constituição de 1891 incorporou a saúde como uma área de âmbito estatal. Num Estado Republicano, a medicina poderia caminhar para o modelo médico-social, direcionado para a prática do sanitarismo, tendo como projeto de saúde o “campanhismo”. Nessa época, o saber médico fundamentava-se na pesquisa e no experimento (NUNES, 2000). O poder centralizou-se nos grandes estados produtores de café (região Centro-Sul), o que viria mais tarde a dar origem à política do “café-com-leite”, mantendo a união do poder político-econômico. Estabeleceu-se o voto não secreto, universal masculino, excluindo as mulheres, os analfabetos, os mendigos, os menores de 21 anos, os padres e os soldados (FAUSTO, 2009c; VICENTINO; DORIGO, 1997f).

Também nesse mesmo ano, o governo da República modificou a denominação da Academia Imperial de Medicina para Academia Nacional de Medicina, com um projeto orientado para a universalização da atenção médica, um modelo de intervenção individualizada, mas que geraria um alto custo ao Estado, portanto não se tornou factível (NUNES, 2000).

O governo de Prudente de Moraes (1894-98), sucessor do governo de Floriano Peixoto (segundo governador da República do Brasil), foi considerado um período de “transição entre os primeiros e agitados anos da república brasileira, com os governos militares (a República da Espada), e o pleno domínio oligárquico no Brasil a partir de seu sucessor Campos Sales” (VICENTINO; DORIGO, 1997g).

A primeira década da República, marcada pelo caos político, econômico e social, levou o presidente Prudente de Moraes a enfrentar, em seu governo, as duas maiores guerras civis que o país já vivenciou. Enquanto exerceu uma ação de pacificação da Revolução Federalista do Rio Grande do Sul, massacrou milhares de sertanejos na revolta popular do sertão nordestino, conhecida como guerra de Canudos, ou a “guerra do fim do mundo” (VICENTINO; DORIGO, 1997g).

Euclides da Cunha<sup>12</sup> mostrou, na literatura, pela primeira vez, a trágica dicotomia secular entre o homem sertanejo e as elites urbanas. Esquecidos no mar arenoso do sertão à própria sorte, numa época de terrível seca e numa terra sem perspectivas econômicas, marcada pelo fim da escravidão e pela decadência dos engenhos, cujo solo miserável, em que habitavam, pouco ofertava aos pobres famintos. Ao contrário, favorecia o desenvolvimento de doenças, vinte mil nordestinos guiados por uma utopia de uma sociedade igualitária foram aglutinados numa fazenda da Bahia. Aí surgiria o arraial de Belo Monte, posteriormente denominado de Canudos. Em seu comando estava um nômade do sertão chamado Antônio Vicente Mendes Maciel, também reconhecido como beato Conselheiro. Seu ideal evangelista parece ter se constituído em elemento importante para preencher o espaço vazio existente no interior do ser humano. E, assim, fortalecidos, foram conduzidos ao enfrentamento da sua própria miséria, em oposição à República. Em Canudos, ocorreram três batalhas sanguinolentas, que impuseram humilhações às tropas republicanas, mas o extermínio desse arraial se deu em 5 de Outubro de 1897. No entanto, segundo Bueno (2010), esse fato provocou o vexame do exército, afetando a política do país, fazendo desfalecer o movimento em prol de Floriano Peixoto, abrindo espaço para a hegemonia política da oligarquia cafeeira, que perdurou de 1898 a 1914, com a subida ao poder do cafeicultor paulista, Campos Sales (1898-1902) (VICENTINO; DORIGO, 1997g).

Somente no governo de seu sucessor, Rodrigues Alves (1902-1906), adotam-se, com prioridade, políticas públicas de saúde, como saneamento e higienização, na capital e porta de entrada do país, a cidade do Rio de Janeiro (VICENTINO; DORIGO, 1997g). Essa, foi reconstruída, transformou-se numa capital moderna, a um custo social bastante elevado. O então prefeito da

---

<sup>12</sup> Euclides Pimenta da Cunha (1866-1909) era um engenheiro, formado pela Escola Militar da Praia Vermelha, a qual ministrava os ensinamentos a partir da perspectiva positivista. Mas ele tornara-se um republicano convicto, que acreditava que uma literatura engajada e de combate poderia ajudar a construir um país melhor (BUENO, 2010c).

cidade, o engenheiro Pereira Passos, e o sanitarista Oswaldo Cruz (fundador de um processo organizador da saúde e moldes científicos com base na bacteriologia e microbiologia) elaboraram um plano de combate a peste bubônica, a malária e a varíola, que desencadeou a Revolta da Vacina (1904) contra o sentido militar imputado à campanha (idem).

Em poucos anos, o Rio de Janeiro ganhou nova fisionomia, de acordo com modernos padrões sanitários e arquitetônicos que caracterizavam as principais metrópoles européias e norte-americanas. Como reflexo dessas transformações, diminuíram os óbitos por doenças epidêmicas no espaço carioca. Já se dizia até que o Rio de Janeiro, finalmente, civilizara-se (BERTOLLI FILHO, 2003b, p. 25).

Nesse contexto, a medicina foi introduzida como prática social no exercício das funções do Estado, tornando-se o médico um formulador e executor de políticas públicas no âmbito dos assuntos sanitários. O interesse maior de tais melhorias, não era, de fato, a melhoria da saúde pública, mas a defesa do projeto de modernização do país (idem).

A ideia de que as forças produtivas humanas constituem a fonte principal geradora da riqueza das nações já havia sido enunciada por Smith e Ricardo e, posteriormente, desenvolvida por Marx em sua teoria do materialismo histórico. Para Marx, o estudo do modo de produção, a forma pela qual as forças produtivas e as relações de produção existem e são reproduzidas numa sociedade, é fundamental para análise de sua organização e funcionamento. Numa sociedade em que existe o modo de produção capitalista, o trabalhador fica alienado de seus meios de produção, do produto de seu trabalho e, conseqüentemente, torna-se um homem alienado politicamente. Mas, contraditoriamente, apoiado na dialética do senhor e escravo, explicitado por Hegel na Fenomenologia do Espírito, o trabalhador se organiza e constitui dentro do próprio modo de produção capitalista o embrião de sua libertação (COSTA, 2005).

Aos poucos chegava, ao fim o embate entre a medicina tradicional e a moderna, baseada nos conceitos de bacteriologia e fisiologia introduzidos no Brasil a partir de conceitos europeus de Louis Pasteur e Claude Bernard. Começou a ganhar força e forma, no Brasil, um novo campo de conhecimento, voltado para o estudo e a prevenção das doenças, sendo definida a medicina pública ou a medicina sanitária como uma área científica (BERTOLLI FILHO, 2003b).

Ao longo dos anos, a República do Brasil sofreu transformações de natureza econômica, política e social. A entrada de imigrantes incrementou o desenvolvimento do Sul e Sudeste brasileiro. Houve diversificação da economia e, com isso, as cidades se urbanizaram. A indústria se

expandiu, sobretudo no período da Primeira Guerra Mundial, com uma acumulação primitiva advinda do capital proveniente da cafeicultura. As classes sociais, determinadas pelas relações de produção capitalista, se desenvolveram: de um lado, o embrião da burguesia nacional formado por cafeicultores, imigrantes enriquecidos e uma nascente burguesia industrial; de outro, uma classe operária submissa à exploração de uma indústria incipiente, desprotegida de uma legislação trabalhista, que buscava proteção mútua na formação de associações; por fim, uma camada média, com tendência à oposição ao regime oligárquico (VICENTINO; DORIGO, 1997h).

Nessa nova conjuntura, pautada na expansão do liberalismo econômico, os cafeicultores aliaram-se às oligarquias dominantes em São Paulo e Minas Gerais, predominando, assim, o interesse na exploração do café, até 1914, quando, diante dos efeitos da Primeira Guerra Mundial, ocorreu diminuição das exportações do produto. Esse fator gerou um longo período de crise para o modelo agroexportador, gerando danos principalmente ao operariado, como o aumento do custo de vida e a redução do salário (NUNES, 2000).

Na década de 1920, as diretrizes das políticas públicas de saúde permaneciam subordinadas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, apesar de o financiamento da saúde ser de responsabilidade dos governos estaduais. Estes, como relatado anteriormente, não foram capazes de satisfazer o desejo social de radicalização das doenças que acometiam a população, principalmente em relação à parcela de trabalhadores assalariados, o que decretava prejuízos aos setores produtivos da economia. Nessa conjuntura, nasceu o Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão responsável pela propagação de práticas higienistas e pelo controle das epidemias que ameaçavam o progresso dos principais setores da economia nacional. A saúde pública se fortaleceu como uma questão social (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em 1923, foi criada, no Rio de Janeiro, a Sociedade Brasileira de Higiene (NUNES, 2000). Os sanitaristas difundiram a necessidade da educação sanitária como elo fundamental para interromper a cadeia de transmissão das doenças infectocontagiosas. Assim, cada cidadão brasileiro se tornou um agente do serviço de saúde pública (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Sem o apoio do Estado, trabalhadores de uma mesma empresa se uniram num propósito comum e, com a colaboração do empregador, criaram um fundo de auxílio mútuo que fornecia meios de subsistência para quando não fosse mais possível o trabalhador se manter no trabalho, por motivos de doença ou velhice. Nascia, assim, o embrião do seguro social<sup>13</sup>, que passou a ter uma lenta e gradual intervenção estatal, notadamente através da elaboração de legislações regularizadoras do processo de trabalho, como ocorrido em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, por intermédio dos trabalhadores das estradas de ferro, determinando a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) para estes ferroviários (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BATICH, 2004; BERTOLLI FILHO, 2003c; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Ao longo dos anos, as CAPs se expandiram e eram caracterizadas por serem instituições de natureza civil privada de gestão (organizadas por empresas e administradas por um colegiado de trabalhadores e representantes da empresa) que asseguravam aos trabalhadores o direito de aposentadoria por tempo de serviço ou por invalidez, a assistência médica, subsídios à aquisição de medicamentos, o auxílio funeral e o direito de pensões aos herdeiros do segurado falecido. O custeio advinha do recolhimento mensal de 3% do salário dos funcionários, 1% da renda bruta da empresa e 1,5% da União (uma participação indireta do Estado, pois a taxa advinha de tarifas extras sobre os serviços/produtos que os consumidores adquiriam). O operário que não possuía carteira de trabalho não podia contribuir para a caixa de sua categoria profissional, ficando dependente dos serviços de saúde pública, sendo rotulado como indigente quando necessitava da assistência médica dos hospitais filantrópicos. Portanto, o sistema previdenciário não foi baseado no conceito do direito à previdência social, inerente à cidadania, mas, considerado um direito contratual, baseado em contribuições ao longo do tempo (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BATICH, 2004; BERTOLLI FILHO, 2003c; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A necessidade de reproduzir a força de trabalho leva o Estado a assumir a responsabilidade no combate às enfermidades que reduzem a vida produtiva da população. As políticas de saúde articulam-se dentro das diretrizes governamentais, orientadas para outros setores da vida social,

---

<sup>13</sup> Possui a função de assistir com recursos financeiros a população adulta quando afastada do mercado de trabalho, por motivos alheios à sua vontade, como doença, invalidez ou idade avançada. No Brasil, surge, no século XX, graças à iniciativa de trabalhadores, protegendo a maior parte da população inserida no mercado de trabalho do setor privado, sendo administrada pelo Estado.

tais como a educação, a alimentação, a habitação, o transporte e o trabalho, dando início ao desenvolvimento de políticas sociais (BERTOLLI FILHO, 2003c).

Algo havia mudado no Brasil. Desde a independência, os sucessivos governos brasileiros passam a incorporar nos interesses por eles defendidos, além daqueles provenientes da elite composta pela aristocracia rural escravocrata do Império, os da oligarquia cafeeira dos primeiros anos da república e, posteriormente, aqueles vinculados ao nascente capital industrial (VICENTINO; DORIGO, 1997h).

A partir de então, numa nova era histórica para o país (o Estado getulista), Vargas tinha a imprescindível tarefa de unificar e representar as diversas classes sociais e instituições (notadamente o exército) e suas distintas ideologias, dando fim, no panorama político nacional, à forma hegemônica de poder. Para tanto, lançou mão do populismo<sup>14</sup>, característica marcante de seu governo. À classe popular, ele acenava com a possibilidade de criação de favoráveis leis trabalhistas; nomeou os tenentes como interventores, substituindo temporariamente os governadores estaduais; com os gaúchos e mineiros compartilhou os ministérios, com destaque para a criação do Ministério da Educação e Saúde exercido por Francisco Luís da Silva Campos, o qual manteve a mesma política pública de saúde direcionada para a prática do sanitarismo e seu modelo de campanha; e em defesa do setor cafeeiro, fortemente abalado pela Grande Depressão, reeditou a velha política de valorização do café, o que propiciou a manutenção do funcionamento da economia brasileira, dando início a um expressivo crescimento da indústria leve, de bens de consumo não duráveis (têxtil, alimentícia), trazendo à nação uma mudança no modelo econômico até então existente: o modelo agroexportador (VICENTINO; DORIGO, 1997i).

Para atingir suas metas, Getúlio Vargas promoveu uma ampla reforma político-administrativa; centralizou a máquina governamental por meio de atos como a suspensão da Constituição de 1891, governando por meio de decretos até 1934; aniquilou seus adversários políticos, assim como as reivindicações sociais; ganhou prestígio ao impulsionar o processo de industrialização e

---

<sup>14</sup> Consistia em uma política em que o Estado, pela figura de um líder carismático, agia como intermediário entre a burguesia e o proletariado urbano, “forçando” essa mesma burguesia a realizar concessões enquanto mantinha o proletariado sob controle. Essa política viabilizou a industrialização do país, servindo inclusive para desmobilizar os trabalhadores e submetê-los à tutela do Estado, que, agindo assim, defendia os interesses da burguesia (VICENTINO; DORIGO, 1997i).

urbanização das cidades, criando empregos no setor industrial e provendo aos trabalhadores formais (àqueles que possuíam carteira de trabalho) um novo tipo de direito à saúde. Por meio dessa política de benevolência, Vargas justificava sua postura autoritária, sendo chamado pelo povo de “pai dos pobres” (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BERTOLLI FILHO, 2003c).

Num governo autoritário de características populistas e nacionalistas, inicia-se um novo ciclo econômico nacional: a industrialização. A grande aceleração industrial fez com que o Estado respondesse às reivindicações das classes trabalhadoras, que clamavam por melhorias na qualidade de vida. Vargas, habilidoso político, com a necessidade de obter apoio social para conferir alguma legitimidade ao Estado ditatorial, recuperou o modelo oferecido pela Lei Eloy Chaves, de 1923, para implantar as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), instituições que, como vimos, concediam benefícios aos trabalhadores formais (portadores de carteira de trabalho), tais como aposentadoria, pensão e algumas até assistência médica e fornecimento de medicamentos (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BERTOLLI FILHO, 2003c; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Conciliar os conflitos entre o capital e o trabalho era ponto estratégico para o governo, com o intuito de manter o intenso crescimento industrial. Trabalhadores se mobilizavam e reivindicavam melhorias nas condições de trabalho e na qualidade de suas vidas, o que determinou ao Estado iniciar um processo de interferência nas relações trabalhistas. De acordo com a análise de Batich (2004), “nesse contexto, o poder público expandiu sua interferência como responsável pela proteção social dos trabalhadores” (p. 34). Nessa época, as CAPs haviam se expandido para várias categorias de trabalhadores, chegando a ter o país cerca de 180 caixas (BATICH, 2004).

Com o tempo, o Estado determinou a aglutinação das CAPs por categoria de trabalho, assumindo a administração e o custeio dessas caixas, o que originou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) em todo o território nacional. Em 1933, surgiu à primeira instituição desse tipo, o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos (IAPM). Posteriormente, surgiram outros institutos para os trabalhadores do comércio (1934), os bancários (1935), os industriários (1938) e os trabalhadores de transporte e cargas (1938). Os benefícios não eram uniformes; entretanto, era comum o acúmulo de recursos financeiros nessa fase inicial das instituições, já que poucos eram os trabalhadores em via de aposentadoria, o que se tornaria, no entanto, uma problemática

futura (a receita seria menor que as despesas). Esse acúmulo de recursos foi de extrema conveniência para o Estado, que investiu nos setores da economia, promovendo a industrialização do país (BATICH, 2004).

A estratégia adotada pelo então Ministro da Educação e Saúde, o advogado Francisco Luís da Silva Campos, para a remodelação dos serviços sanitários do país, estava assentada no modelo centralizador varguista. Os Estados carentes de estrutura sanitária receberam a *bons grados* a intervenção federal, fato conflitante nos Estados onde os serviços de saúde estavam alinhados com os determinantes sanitários populacionais locais. São Paulo, desde a década de 1920, já possuía um sistema de saúde maduro. Desenvolvidos pelo higienista Geraldo de Paula Souza, os centros de saúde eram verdadeiros acolhedores e resolutórios da demanda local (BERTOLLI FILHO, 2003c).

Surge, na década de 1930, o modelo hospitalar de assistência médica, com a criação de sanatórios e manicômios públicos. Foi também nesse período que surgiram os Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das futuras Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2006).

Os interventores federais (políticos e burocratas) excluíram do processo saúde-doença médicos experientes no ramo, decretando o fim da descentralização da saúde. A política voltou-se para interesses secundários, tendo-se abandonado as necessidades impostas pela população, decorrentes das moléstias locais, assim como o atendimento às gestantes. Restava aos médicos, em meio à opressão recebida e ao medo de criticar um regime autoritário, defender interesses próprios da categoria, como a criação do Código de Moral Médica (BERTOLLI FILHO, 2003c).

Ao proteger os cafeicultores, desenvolver a indústria e findar com o movimento revolucionário paulista de 9 de julho de 1932 (Movimento Constitucionalista), Vargas apaziguou os ânimos, acelerando o processo de constituinte, para a elaboração da Constituição de 1934, considerada “uma Constituição de uma sociedade de proprietários visando ao seu domínio sobre os não proprietários” (VICENTINO; DORIGO, 1997i, p. 356), em suma uma Constituição burguesa liberal, que propiciou a eleição de Getúlio Vargas para presidente do Brasil (VICENTINO; DORIGO, 1997i). De todo modo, é uma das Constituições mais democráticas do país, só perdendo para a Constituição de 1988.

Desse modo, apesar da influência burguesa, a Constituição de 1934, enfim, trouxe ganhos aos trabalhadores, ao garantir assistência médica, a licença remunerada à gestante, a estipulação de jornada de trabalho em 8 horas. Nos anos seguintes, a legislação trabalhista ganhou fôlego, ao estabelecer, em 1943, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Por ela, todo operário portador de carteira de trabalho tinha garantido “o pagamento do salário mínimo, a indenização aos acidentados, o tratamento médico aos doentes, o pagamento de horas extras, as férias remuneradas, etc” (BERTOLLI FILHO, 2003c, p.34). Com essa política, Vargas estruturou o serviço previdenciário no Brasil, que se tornou o “principal canal de assistência médica da população trabalhadora dos centros urbanos” (BERTOLLI FILHO, 2003c, p. 34).

No início de seu governo constitucional (1934-37), ainda sob forte influência da crise de 1929 e da posterior Grande Depressão da economia (primeiro colapso do sistema capitalista), Vargas enfrentou o integralismo do fascista Plínio Salgado e as ideologias comunistas dos aliancistas, apoiados por Luís Carlos Prestes, que defendia a reforma agrária por meio de uma revolução para libertação nacional. O governo desencadeou uma violenta repressão aos comunistas, com Decreto de Estado de Sítio seguido de Decreto de Estado de Guerra, culminando com a perda de autonomia do legislativo e o aumento de poder das forças policiais, processos que deram início ao golpe do Estado Novo, instalando um regime de Ditadura, com a permanência no poder de Getúlio Vargas no poder, até 1954. Difundiu em seu governo uma ideologia desenvolvimentista e nacionalista, que correspondia ao desenvolvimento da indústria pesada estatal sob garantia da segurança nacional. Em torno de seu governo, como base de sua sustentação, agruparam-se anticomunistas, inclusive vinculados ao exército, governadores por ele indicado que se manteriam no poder, integrantes das camadas médias e integralistas contrários ao comunismo. De fato, os interesses da burguesia nacional foram segurados, na manutenção de um Estado que, por meio de seu chefe carismático, gerenciava os conflitos apelando para as classes trabalhadoras e popular, cooptando sua força revolucionária (VICENTINO; DORIGO, 1997i).

Com uma mínima oposição, quase inexistente, nasce a era do Estado Novo (1937-45), a era da ditadura Getulista. Plínio Salgado foi exilado, e, com ele, desaparecia o movimento integralista. Prestes ficou preso durante dez anos em regime de solitário; sua esposa, Olga Benário, foi deportada para a Alemanha nazista, morrendo em um campo de concentração. No Brasil, com a criação do Departamento de Imprensa e Propaganda, foi desencadeada intensa censura e controle

dos meios de comunicação. A imagem de Vargas era exaltada, mesmo diante da institucionalização da tortura no país, deixada a segundo plano, na medida em que exercia uma política de manipulação do proletariado urbano, com parte de suas reivindicações satisfeitas, segundo os limites permitidos pela hegemonia burguesa (VICENTINO; DORIGO, 1997i).

Com o fim da participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial, Getúlio fez um acordo com os Estados Unidos para obtenção de empréstimo no valor de 20 milhões de dólares, utilizado para a construção da usina siderúrgica de Volta Redonda. Mas, com a glorificação nacional da Força Expedicionária Brasileira, abriu-se uma onda de redemocratização do país, um sentimento antiditatorial. Vargas, um exímio político, com suas pretensões continuístas, tornou-se o grande defensor do sistema democrático: regulamentou a criação de partidos políticos, tais como o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), o Partido Social Democrata (PSD), a União Democrática Nacional (UDN) ao mesmo tempo, voltava à legalidade o Partido Comunista Brasileiro (PCB). Tendo marcado eleições gerais para o final de 1945, prazo muito curto para organização de uma eventual oposição. Organizou também o movimento querentista – “queremos Getúlio” –, provando seu interesse na permanência no poder. Recebeu apoio inesperado do Partido Comunista Brasileiro, inclusive de Carlos Prestes, na luta em favor da democracia liberal capitalista contra o temido fascismo, fato que chamou a atenção do Exército, que temia uma guinada à esquerda de Vargas, o que desencadeou um golpe político, marcando o fim do 15º ano da carreira presidencialista de Vargas, com garantia de eleições sem a sua participação, fato que condicionou o fim do Estado Novo e da ditadura varguista no Brasil (VICENTINO; DORIGO, 1997i).

Com o fim do Estado Novo (porém, com permanência da ideologia populista), o Brasil passou a viver uma fase conhecida como período de redemocratização, que perduraria até 1964. Neste, o país reconquista sua liberdade política e social. Ressurgem os partidos políticos, a imprensa retoma sua liberdade de expressão, os movimentos sociais exigem dos governantes o cumprimento de suas promessas (BERTOLLI FILHO, 2003d).

A coligação PSD/PTB elegeu como presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-51), que teve, posteriormente, apoio da UDN, o que garantiu uma tranquilidade administrativa. Mesmo que antidemocrático, foi um período marcado pela não intervenção do Estado na economia, portanto, nesse sentido, pode-se falar em política liberal e, um alinhamento com as democracias liberais

capitalistas do Ocidente. Uma tímida política de intervenção do Estado surgiu com o plano SALTE<sup>15</sup>, em maio de 1947, quando o governo tentou coordenar os gastos nas áreas da saúde, da alimentação, do transporte e da energia (VICENTINO; DORIGO, 1997j).

Dutra se coloca no cenário nacional como simpatizante do modelo de seguro social do pós-guerra implantado na Inglaterra, provendo os trabalhadores brasileiros de serviços de saúde, com a construção de hospitais e ambulatórios, ampliando a rede assistencial de saúde pública (BRASIL, 2006).

Em seu governo, iniciou-se o debate sobre a estratégia de desenvolvimento econômico a ser adotado pelo país: liberalismo<sup>16</sup> ou nacionalismo. O primeiro apoiava-se na entrada do capital estrangeiro por meio de empréstimos ou implantação de indústrias multinacionais, tendo como consequência secundária o aumento da dívida externa; o segundo modelo recorria ao capital nacional para promoção do desenvolvimento econômico do país, com participação do Estado, com possibilidades de investimento social (VICENTINO; DORIGO, 1997j).

Em meio a uma insuficiência de novas lideranças no país, após quinze anos de ditadura e apenas cinco de governo eleito pelo voto popular, o habilidoso articulador político Getúlio Vargas anunciou sua candidatura à presidência da República pelo PTB e com estratégia populista, logo conquistou a massa de proletariados. Comprometido com o modelo nacionalista, em seu governo (1951-54), criou a Petrobrás e a Eletrobrás, empresas estatais que mobilizaram amplos setores da população. Propôs reajuste de salário mínimo de 100% para repor as perdas referentes à inflação, criando séria oposição do Exército e da UDN (lê-se Carlos Lacerda). Envolvido no atentado contra Lacerda, Vargas se viu envolto por uma trama que culminou com seu suicídio no dia 24 de agosto de 1954, assumindo a presidência o seu vice, Café Filho. Durante seu mandato de um ano, Café Filho retomou os princípios econômicos, combateu a inflação desencadeando uma recessão no país, abriu as portas às empresas multinacionais, à importação de obsoletos equipamentos superfaturados, aumentando a remessa de lucros para o exterior (VICENTINO; DORIGO, 1997j).

---

<sup>15</sup> Plano elaborado, porém, não implantado, que tinha como objetivo prover melhorias aos sistemas de saúde, alimentação, transporte e energia (VICENTINO; DORIGO, 1997j).

<sup>16</sup> Nesse caso, o liberalismo é entendido como submissão da economia do país aos monopólios do capitalismo internacional.

Abalada pela recessão, a população mais carente se viu assolada pela fome, pelos problemas de saúde advindos dela e pelo medo da morte que batia em suas portas. A miséria e a exploração tornaram-se temas de interesse nacional. O médico Josué de Castro e o nordestino Francisco Julião ergueram a bandeira contra a fome, a doença e a exploração do latifundiário. Nascia, nessa fase da história brasileira, uma medicina voltada para interesses de resolução da problemática social (BERTOLLI FILHO, 2003d).

Somente nesse segundo período presidencial de Vargas é que foi criado o Ministério da Saúde (maio de 1953). Órgão de financiamento deficiente, pouco contribuiu para mudança do panorama da saúde populacional. A péssima situação da saúde coletiva, agravada pela ausência de funcionários qualificados e estimulados ao trabalho, de equipamentos modernos e de políticas públicas de saúde, refletia-se nos mantidos altos índices de morbimortalidade do país, o que se evidenciou principalmente no altíssimo índice de mortalidade infantil, reflexo da ausência de um programa de higienização e da desnutrição infantil (BERTOLLI FILHO, 2003d).

Agravando ainda mais esse decadente e vergonhoso cenário nacional, nesse período o Ministério da Saúde sofreu forte interferência dos líderes políticos, que começaram a manipular a população, principalmente a mais carente, por meio da prática do clientelismo: trocavam favores na área da saúde, tais como internações hospitalares, transporte através de empréstimos de ambulâncias, doações de vacinas, compra de medicamentos, agendamentos de consultas médicas, entre outros, por votos e apoio durante as eleições. Como decorrência, o Ministério da Saúde se fragilizou. Prova disto foram os dezenove ministros que se sucederam em duas décadas, acarretando a fragmentação das políticas públicas de saúde. Os esforços elencados para reversão do indicador de mortalidade infantil puderam ser vistos com a instalação de postos de puericultura, que, entretanto, não perduraram por muito tempo e nem sequer abrangeram as populações mais pobres do país (BERTOLLI FILHO, 2003d).

Na década de 1950, a expectativa de vida do trabalhador brasileiro morador das grandes cidades girava em torno de 50 anos. Ele contava com os hospitais e as clínicas conveniados ao sistema previdenciário (que, com o passar dos anos perdeu qualidade dos serviços prestados) para suporte à sua saúde e à de seus dependentes. Nas áreas rurais, (e para os indigentes das cidades), onde a oferta em saúde advinha do fracassado Ministério da Saúde, o brasileiro vivia, no entanto, em torno de 30 anos. Foi também nessa década que o Estado passou a investir nos setores

privados da medicina, financiando, a juros baixos, a criação de uma rede de clínicas e hospitais privados, que venderiam seus serviços à população e ao próprio financiador – o Estado (BERTOLLI FILHO, 2003d).

De acordo com Vicentino e Dorigo (1997j), em meio à aliança política, golpe e contragolpe preventivo, desfez-se o mandato de Café Filho, aparecendo a liderança de Juscelino Kubitschek, que governou no período de 1956-61, marcado pela estabilidade política e desenvolvimento econômico-industrial do país, haja vista o aumento do Produto Interno Bruto (média 7% ao ano) e crescimento industrial de 80%, nesse período. De acordo com Fausto, citado por Vicentino e Dorigo (1997j, p. 391) “[...] Juscelino partiu para o seu programa econômico, que tinha como slogan ‘50 anos em 5’, isto é, cinquenta anos de progresso em cinco de governo”.

Para alcançar seu plano de Metas, em que se registra a ausência de planos na área da saúde pública, JK valeu-se de um modelo nacionalista-desenvolvimentista, cujo teor progressista (vantagens a todos os brasileiros) promovia o desenvolvimento do país a partir de interesses exclusivamente nacionais, entretanto, apoiado na inter-relação do controle do Estado sobre a economia, em íntimo contato com o capital internacional. Nascia uma “simbiose do ideal desenvolvimentista com progresso, [...] articulando os interesses da burguesia nacional com a dinâmica internacional capitalista” (VICENTINO; DORIGO, 1997j, p. 393). Ainda nesse contexto, surgia a obra da futura capital do Brasil, para a construção de Brasília.

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, com o intuito de levar à população do interior medidas sanitárias que visavam ao combate à doença de Chagas, à malária, ao tracoma e à esquistossomose (BERTOLLI FILHO, 2003d).

Juscelino Kubitschek reassumiu uma posição contencionista em seu governo, fato nitidamente notório quando da negatividade de financiamento de políticas sociais. Para equilibrar o *deficit* financeiro da previdência social, usou de manobras políticas para modificar a contribuição tripartite até então vigente, abolindo a participação financeira do Estado. Em 1960, o

Congresso Nacional promulgou a Lei Orgânica da Previdência Social – Lops, instituindo um sistema previdenciário único para todos os trabalhadores do setor privado, por meio da unificação da legislação que regia os IAPs e da eliminação das disparidades quanto ao valor e tipos de benefícios existentes entre eles (BATICH, 2004, p. 34).

Jânio Quadros, sucessor de JK, foi o primeiro presidente da república a ser empossado em Brasília, permanecendo com o cargo de vice-presidente, João Goulart. Professor de língua portuguesa, conhecedor de pronúncia curiosa, encantava as plateias mascarando sua total falta de conteúdo político-administrativo. Fez de sua imagem, usufruindo da era da televisão, seu conteúdo, inaugurando um novo modelo de fazer política no Brasil: “[...] suas aparições públicas eram cuidadosamente preparadas, para que todos pudessem ver de perto seus hábitos simples, seus sanduíches de mortadela, sua caspa ostensiva e seus ternos sempre amassados e malcortados” (VICENTINO; DORIGO, 1997j, p. 396). Adotou como símbolo a vassoura, com a qual pretendia varrer a corrupção do país; entretanto, sua rápida passagem pelo poder marcou-se na história pela ausência de projetos político-econômicos para o desenvolvimento do Brasil, além de uma frustrada tentativa de aproximação com o socialismo de Fidel Castro. Em agosto de 1961, Jânio renunciou à presidência (VICENTINO; DORIGO, 1997j).

Deu-se início, então, a um embate sobre a posse da presidência da República: respeitar a legalidade constitucional, ora defendida por Leonel Brizola do PTB, ou respeitar as vontades das Forças Armadas. À beira de uma guerra civil, o Congresso decidiu pela implantação do parlamentarismo, modelo que viria a fracassar em virtude da troca frequente de ministros, aprofundando os problemas econômicos. Com o retorno do presidencialismo, Goulart e seus ministros lançaram o plano Trienal, com vistas ao retorno do crescimento econômico. O programa de reformas, notadamente a reforma urbana (projeto de redistribuição de rendas), assustou a classe média, as elites e as Forças Armadas, o que desencadeou um golpe militar que tinha apoio dos governadores. Afirmam Vicentino e Dorigo (1997j):

Neste momento o Estado deixou de atender aos interesses das elites, ou seja, o populismo deixou de ser um instrumento usado em benefício da burguesia. Nada mais justo do que essa mesma elite promovesse, então, a desmontagem do velho Estado populista (e de seu arcabouço jurídico-político) e a criação de um novo (p. 404).

## 2.4 O MILAGRE ECONÔMICO E O MODELO HOSPITALOCÊNTRICO DA SAÚDE

O regime militar instalado no Brasil, em 1964, inicialmente de caráter breve, surgiu com o intuito de limpar as lideranças conservadoras do país e de devolver o poder aos civis; porém,

esse regime se estendeu por 21 anos, com o governo de cinco generais do Exército, que governaram o país por meio de Atos Institucionais, decretando leis que, gradativamente, coíbiam a liberdade política e social, enquanto se implementava o autoritarismo militar, em nome dos interesses nacionais (VICENTINO; DORIGO, 1997k).

Castelo Branco, primeiro comandante militar, substituiu a tortura, que marcou o início do golpe, durante o período de vácuo político, pelos atos de cassação de mandatos e suspensão de direitos, principalmente dos membros do PTB. No cenário político, extinguiu os partidos tradicionais, criando a Aliança Renovadora Nacional (ARENA), um partido aliado do governo militar, e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB), um partido de oposição consentida. Com rigor militar, derrotou a Frente Ampla, movimento de oposição ao governo elaborado por Carlos Lacerda, Juscelino Kubitschek e João Goulart. Restou à nação a oposição governamental articulada pelos trabalhadores, artistas e estudantes, que se organizavam em associação, como a União Nacional dos Estudantes (UNE). Ainda em seu governo, foi aprovada a sexta Constituição brasileira, reflexo de uma ditadura militar, antidemocrática. Na tentativa de estabilizar a economia brasileira, elaborou o Plano de Ação Econômica do Governo (PAEG), combateu o *deficit* público, aumentou os impostos, instituiu uma arrochada política salarial, alcançando um satisfatório resultado econômico, ao equilibrar as despesas do governo nacional. No entanto, elevou o custo de vida, principalmente da classe operária. No âmbito internacional, abriu as portas do país para investimentos estrangeiros, notadamente dos Estados Unidos da América (VICENTINO; DORIGO, 1997k).

Em 1968, após crescente manifestação popular, desta vez com o apoio de setores da classe média e Igreja, expressa por meio de movimentos como a passeata dos cem mil, no Rio de Janeiro, e greves dos trabalhadores, em São Paulo e Belo Horizonte, foi decretado pelo então presidente do Brasil, Costa e Silva, o Ato Institucional 5 (AI-5), o mais violento de todos os Atos, mergulhando o país numa ditadura total. O Brasil vivenciou um período de grande violência, repressão, tortura e censura dos meios de comunicação (VICENTINO; DORIGO, 1997k).

Inspirados em Che Guevara e Mao Tsé-tung, movimentos guerrilheiros se espalharam pelos campos do país contra o regime militar; entretanto, não atingiram o objetivo de desestabilização do governo. O sucesso dos movimentos guerrilheiros ocorreu somente por meio das guerrilhas urbanas, reflexo da formação social e do movimento de urbanização do Brasil nos anos 1960.

Entretanto, diante de intensa repressão militar imposta pelos órgãos de informação das Forças Armadas do governo de Medici, o movimento foi aniquilado (VICENTINO; DORIGO, 1997k).

Nesse período de estabilidade política, de interesses do capital internacional e da burguesia nacional, o país conheceu o “milagre econômico”, decorrente da entrada de volumoso capital estrangeiro, uma vez que as empresas estavam fascinadas pela possibilidade de obtenção de grandes lucros. Houve intensa industrialização do país: as empresas privadas voltaram-se para as atividades têxtil e de processamento de alimentos com forte demanda pela mão de obra operária, enquanto as empresas multinacionais investiram em atividades com fim capitalista, desenvolvendo a indústria automobilística, de eletrodomésticos e de máquinas, restando ao Estado o desenvolvimento de empresas ligadas aos setores de segurança, tais como as empresas de geração de energia, de telecomunicações e do setor bélico. Nesse contexto, observou-se a interligação entre o modelo político e econômico. Reprimidos, os operários não se atreviam a reivindicar melhores salários, barateando, assim, o custo de produção das empresas internacionais. Em contrapartida, a classe média, mais valorizada economicamente, transformou e ampliou o mercado consumidor interno, vivendo um importante momento de ascensão social e tornando-se indiferente em relação às medidas repressivas do governo militar (VICENTINO; DORIGO, 1997k).

Enquanto a burguesia nacional vivia um período econômico e social de otimismo, com a elaboração de obras faraônicas pela engenharia civil, com a conquista do tricampeonato mundial de futebol, a classe operária amargava os elevados custos sociais, o arrocho salarial, acentuando-se, desta forma, as desigualdades sociais. O modelo de intervencionismo desenvolvido pelo Estado atingiu seu auge nesse período, graças à inexistência de qualquer mecanismo de controle social (VICENTINO; DORIGO, 1997k).

O grande aumento do número de contribuintes do INPS, associado ao “milagre econômico” da década de 1970 e ao pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação aos contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros. O obsoleto sistema médico previdenciário passou a não dar conta de atender essa crescente parcela da população, restando ao governo militar buscar apoio na iniciativa privada. Foi a época em que se criaram condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, originando o modelo hospitalocêntrico de assistência à saúde. A medicina voltou-se

para interesses do mercado, influenciado pelo capitalismo nacional e internacional, direcionando seus esforços para a cura das doenças em detrimento de uma medicina preventiva de interesse coletivo (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em 1974, durante a governabilidade do castelista Ernesto Geisel, o país iniciou o processo de redemocratização, de extinção do aparelho repressivo e das práticas de tortura, do término do processo de exilamento político, de reabertura à imprensa. Enfim, após a limpeza do Estado, os militares retornariam aos quartéis, fato que foi condicionado pela decadência do “milagre econômico”, pelo processo natural de desgaste do governo e pela marcante vitória eleitoreira do MDB nas grandes cidades do Brasil (VICENTINO; DORIGO, 1997k).

Ainda nesse ano, houve necessidade de criação de um ministério próprio para controlar o complexo sistema previdenciário, o Ministério da Previdência e Assistência Social. Ao mesmo tempo foi criado, pela Lei n.º 6.168, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), possibilitando ao Estado o financiamento e desenvolvimento de programas de interesse do setor público nas áreas de saúde, saneamento, educação, trabalho e outras mais. Em 1975, foi regulamentada a Lei n.º 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde, definindo-se como competência da Previdência Social a assistência médica individual e curativa, enquanto cabiam ao Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde os cuidados preventivos de alcance coletivo, que se tornaram pouco eficazes em decorrência do subfinanciamento desse setor, valorizando-se, no país, a prática da medicina curativa. Em 1978, foi criada uma estrutura administrativa própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Os movimentos sociais eram contidos pela repressão política e pelo arrocho salarial. Houve considerável crescimento do mercado informal. O modelo de saúde previdenciário começou a mostrar suas mazelas por ter priorizado a medicina curativa, centrada na atenção médico-hospitalar, sendo incapaz de solucionar os problemas de saúde pública do país (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A década de 1980 marcou o período de transição democrática da nação brasileira, caracterizado por uma profunda recessão econômica que leva a um processo de perda absoluta da legitimidade da Ditadura Militar. É uma conjuntura de efervescência social, aparece o Movimento de Anistia,

o Novo Sindicalismo, os Movimentos de Moradia e o surgimento de novos partidos políticos, entre eles, o Partido dos Trabalhadores, vinculado ao Movimento Operário (VICENTINO; DORIGO, 1997k).

Com o nascimento do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), em 1981, iniciou-se a ruptura da burocracia previdenciária, combatendo-se as fraudes e propondo-se um novo modelo econômico de atenção à saúde, voltado para o desenvolvimento do setor público, entretanto com grande abrangência da população. Em 1983, com a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), as ações de saúde foram amplamente integradas no contexto curativo, preventivo e educativo. A Previdência Social passou a investir nos serviços prestados pelos estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários (MELO; CUNHA; TONINI, 2008).

A conquista dos direitos sociais resultou da luta empreendida por movimentos sociais, da organização e reivindicação dos trabalhadores, e nunca de uma dádiva do Estado. O grande exemplo dessa conquista ocorreu durante o movimento das “Diretas Já”, em 1985, culminando com a eleição de Tancredo Neves e o fim do regime militar. No setor da saúde, as lutas sociais culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) e municipais (CONASEMS). Mas foi durante a VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreram significativas conquistas que mudaram o rumo da saúde pública no país. Esses fatos ocorreram ao tempo da eleição da Assembleia Nacional Constituinte, em 1986, e da promulgação da nova Constituição, em 1988 (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Os princípios discutidos na VIII Conferência Nacional de Saúde foram garantidos em legislação pela Constituição Federal de 1988, segundo a qual a saúde é um direito de todos e dever do Estado, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MELO; CUNHA; TONINI, 2008).

Nessa década, foi concebido um subsistema de atenção à saúde médico-supletiva, composta por modalidades assistenciais com fins de prestação de serviços predeterminados em saúde, mediante contribuições mensais dos beneficiários (população das classes média e alta). Foram cinco as modalidades assistenciais desse período: medicina de grupo, cooperativas médicas,

autogestão, seguro-saúde e plano de administração. Esse sistema se fundamentou num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica para pequena parcela da população, sem a preocupação com o desenvolvimento da medicina preventiva e com a mudança dos indicadores de saúde (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

### 3 MARCOS DA REDE DE ATENÇÃO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

#### 3.1 O SIGNIFICADO DA IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Após décadas de lutas sociais, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe inúmeros avanços no decorrer do seu processo de construção, oferecendo grandes benefícios à população: o direito a saúde, garantido em legislação federal, a ampliação do acesso, a descentralização da gestão, com a constituição de sistemas municipais de saúde que respondem adequada e rapidamente à necessidade local do usuário, a possibilidade não apenas da participação popular como também de controle social (TANAKA; DRUMOND JÚNIOR, 2010).

Esse cenário nem sempre foi assim. Ao final dos anos 1970, o panorama nacional refletia um período de grandes desigualdades sociais, de condições de vida insalubres, de saneamento precário e de um sistema previdenciário em profunda crise financeira. Uma multiplicidade de fatores corroborou para a falência do sistema previdenciário. A ampliação da universalização do acesso aos serviços de saúde, o desenvolvimento de uma política nacional que privilegiava a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, a má aplicação dos recursos com investimentos centrados num modelo de saúde hospitalocêntrico, com vistas à terapia das doenças em detrimento de uma medicina preventiva de interesse coletivo. Esse cenário crítico decorreu do favorecimento, durante décadas, dos interesses do capital, que encontrou no país, fragilizado política e economicamente, um terreno fértil para o desenvolvimento do corrupto monopólio internacional, principalmente nos setores superfaturados da saúde. Nesse marco, o Ministério da Saúde desenvolvia ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como as campanhas de vacinação e controle das endemias, enquanto a assistência médico-hospitalar era prestada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social (MELO; CUNHA; TONINI, 2008).

Foi uma época de profunda crise política e recessão econômica para o governo militar. Altas taxas inflacionárias, crescimento do desemprego e subemprego naufragaram o país. Durante décadas, a saúde foi entendida como um bem de consumo, o que favoreceu o fortalecimento das

empresas e grupos médicos com interesses no lucro, e não no cidadão. Nesse contexto adverso, os movimentos grevistas e sociais afloraram por todo o país, possibilitando a formulação de propostas políticas radicais, alternativas ao modelo vigente, que atendessem os excluídos de qualquer sistema de proteção social. Na área da saúde, a elaboração de políticas públicas buscava a superação dos problemas identificados nos serviços e ações de saúde, denunciando as precárias condições de saúde de grande parte da população brasileira (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; PEREIRA et al., 2008). Enfim, “a sociedade civil brasileira passou a considerar, em sua maioria, que a saúde é um direito de cidadania, e que certas opções políticas do Estado foram nessa direção” (LUZ, apud MELO; CUNHA; TONINI, 2008).

A partir de então, nascia o embrião da Reforma Sanitária Brasileira. Os movimentos sociais aglutinados e apoiados pelos partidos políticos progressistas definiram diretrizes políticas para a formulação de um novo sistema de saúde de caráter universal, com organização descentralizada, viabilizando condições que promovessem saúde à população. Essas diretrizes se tornaram efetivas, em 1983, após a implantação das Ações Integradas de Saúde (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; PEREIRA et al., 2008; TANAKA; DRUMOND JÚNIOR, 2010).

Dando um importante passo para implantação de um novo modelo de gestão na saúde, trabalhadores, usuários, prestadores de serviços e gestores da saúde compuseram a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, apresentou uma proposta para a formulação de um renovado sistema de saúde. De acordo com Melo, Cunha e Tonini, o relatório final da Comissão definiu a saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde” (MELO; CUNHA; TONINI, 2008, p. 63).

As diretrizes defendidas até o momento foram definitivamente garantidas pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que aprovou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a saúde como direito a ser assegurado pelo Estado, pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação popular. Portanto, um novo modelo de saúde foi elaborado como uma possível solução para os problemas na atenção e gestão da saúde, a partir da mobilização de forças sociais e políticas em torno do ideário republicano dos anos 1980 (MELO;

CUNHA; TONINI, 2008; PEREIRA et al., 2008; SANTOS, 2008; TANAKA; DRUMOND JÚNIOR, 2010).

Com a implantação do SUS, todas as instituições públicas foram unificadas sob o comando tripartite (governo federal, estadual e municipal), regidas por mecanismos de controle social, oferecendo-se à população uma atenção à saúde de forma integral, seja no âmbito preventivo ou curativo, seja no âmbito da atenção primária, secundária ou terciária (MELO; CUNHA; TONINI, 2008; PEREIRA et al., 2008).

O artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 determina que o SUS deva ser organizado em redes, de acordo com as características de cada região do Brasil, ou seja, um sistema de saúde regionalizado, a partir de um conjunto de unidades prestadoras de serviços de saúde interligadas de forma hierarquizada entre si, oferecendo aos indivíduos níveis de atenção de complexidades diferentes para resolução dos seus problemas de saúde (BRASIL, 1988).

Atualmente, após décadas de sua implantação, o SUS tornou-se o maior projeto público de inclusão social, ofertando assistência médica em todo o país, garantindo atendimento a 87 milhões de pessoas nas 27 mil equipes de saúde de família, graças ao seu processo de municipalização, criação de comissões intergestoras e conselhos de saúde, dos fundos de saúde e à influência dos princípios e diretrizes do sistema. Hoje, adquirimos o direito de criticar o antissocial processo de exclusão vigente na área da saúde até a década de 1980. Em 2007, foram realizados 610 milhões de consultas, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 150 milhões de vacinas, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 2,1 milhões de partos, 3,1 milhões de cirurgias, 12 mil transplantes, 9 milhões de sessões de radioterapia e quimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise, 10,8 milhões de internações (SANTOS, 2008).

O Instituto de Ensino e Pesquisa de São Paulo (2009) realizou um relatório comparativo sobre a saúde do brasileiro, utilizando dados referenciados pela Pesquisa Nacional de Amostragem Domiciliar (PNAD) entre 1998 e 2003. Ele servirá de base para planejamento das futuras vertentes do sistema de saúde do país. De acordo com o relatório, apenas 1 de cada 5 brasileiros possui plano de saúde, reflexo direto das condições sociais e políticas do país. Muitas pessoas se avaliaram com o estado de saúde bom ou muito bom, assertiva que ocorreu com maior

frequência onde há melhores condições socioeconômicas, como nas regiões Sul e Sudeste, e entre as pessoas moradoras do campo, dado relacionado com o nível de estresse da vida urbana. Registrou-se, também, que houve um ligeiro decréscimo nos casos de doenças crônicas que acometem a população. De maneira suspeita, a população avaliou como excelentes os serviços de saúde do país, isto porque as perguntas realizadas analisaram de forma superficial o real contexto da saúde. Conforme o estudo, há indícios de que a saúde pública tem qualidade inferior, pois, quanto maior a renda e o nível de instrução educacional, maior o uso da rede privada de saúde. Nas regiões onde o nível socioeconômico é elevado, a população troca o atendimento do serviço público pelo do privado. Infelizmente, o usuário do SUS não tem alternativa, a não ser se submeter às condições de atendimento e infraestrutura da rede de saúde, principalmente quando dela unicamente depende, como nas situações de urgência e emergência.

Observa-se que os avanços na implantação desse Sistema Único de Saúde vêm ocorrendo com esforços exaustivos diante de tantos obstáculos e dificuldades encontrados nesse período, tornando-se difícil falar em atendimento humanizado. Há muitos desafios importantes a superar. Mesmo após a implantação do processo de municipalização da saúde, o acesso da população aos serviços de saúde ainda apresenta restrições grosseiras. A hierarquização das atenções primária, secundária e terciária, interligadas por meio de mecanismos regulatórios de fluxos de pacientes, não alcançou a sua meta primordial de tornar a atenção primária a porta de entrada do sistema, transferindo, portanto, essa função de acolhimento aos hospitais dos centros urbanos. Retomou, assim, o antigo modelo hospitalocêntrico da assistência à saúde das décadas de 1960 a 1980, o que desencadeou, nos últimos anos, somando-se a outros efeitos, a superlotação dos serviços. Isso gerou uma grande área de tensão no sistema, acarretando conflitos entre gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema, conselhos de classe e, recentemente, o poder judiciário. Para além, a estrutura do modelo de gestão ainda recebe influências negativas de um passado político recente: a desconsideração da indicação constitucional de 30% do orçamento da seguridade social para o SUS; o desvio de mais da metade da CPMF aprovada para a saúde; a precariedade na definição do tipo de vínculo empregatício; o estabelecimento de tetos financeiros como meta de repasses a estados, municípios e hospitais; o pagamento a profissionais por intermédio de produção dos procedimentos; a lentidão na implementação de redes de cuidados, como a rede da dor abdominal aguda, entre tantos outros, são fatores que impedem a maturidade e a humanização do sistema (GUSMÃO FILHO, 2008; SANTOS, 2008).

### 3.2 O CAOS DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A prática do cuidado de urgência e emergência é tão antiga quanto a própria medicina. Entretanto, a implantação de sistemas e políticas de gerenciamento e atenção às urgências e emergências é recente, surgindo na Europa a partir da II Grande Guerra, nos EUA no início da década de 1970 e, no Brasil, somente após início da década de 1990, o que tem tornado esse setor um dos mais críticos do mundo (GUSMÃO FILHO, 2008).

Desde o início da década de 1980, o sistema de urgência e emergência mundial vem demonstrando sinais constantes de falência, manifestada principalmente pela superlotação dos serviços e pelas queixas frequentes dos usuários e dos profissionais de saúde. As causas são multifatoriais, sendo estas as mais importantes: as diversas concepções de uma situação de urgência e emergência; o aumento da demanda e complexidade das ocorrências agudas, principalmente no campo dos traumas, da agudização das doenças crônicas e do surgimento de novas doenças infectocontagiosas; a falta de estruturação de um sistema poliárquico de atendimento integrado com garantia de acesso, a inexperiência de gestão e a insuficiente estrutura organizacional dos hospitais; o *deficit* de profissionais qualificados; a dificuldade de acesso e a baixa resolutividade da atenção básica. Logicamente que as consequências negativas da superlotação afetam tanto os usuários quanto os profissionais de saúde. Há sobrecarga de trabalho, o que gera insatisfação e aumento do risco de erros durante os cuidados; há falta de acomodação adequada, o que determina a alocação de pacientes em áreas inapropriadas, como nos corredores e consultórios; há aumento do tempo de espera, o que interfere na efetividade dos cuidados; os profissionais, estressados com a situação crítica e as más condições de trabalho, não permanecem por muito tempo nos serviços (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008; GUSMÃO FILHO, 2008).

A organização de Redes de Atenção à Urgência e Emergência é um fenômeno recente na história dos sistemas de saúde do mundo, originário da necessidade de tornar efetivos a promoção e o cuidado à saúde de modo amplo. No Brasil, nesses pouco mais de vinte anos de implantação do SUS, acumulou-se experiência suficiente para saber que esta não é uma das tarefas mais fáceis entre as enfrentadas pelos gestores de saúde. As dificuldades aqui são semelhantes às

encontradas nos países da Europa e da América do Norte, porém agravadas pelo fato da imaturidade de um sistema de saúde ainda em construção, na qual a negligência e a falta de elaboração de políticas públicas de urgência e emergência eficazes e eficientes perdurou por muito tempo. Basta lembrar que a falta de legislação específica sobre a Rede de Atenção à Urgência e Emergência nos primeiros anos do SUS levou os municípios de pequeno porte a optarem pelo mecanismo de transferência dos usuários para os serviços de municípios maiores, ao invés de promoverem a resolutividade dos serviços locais, fatos que, atualmente, trazem consequências catastróficas ao sistema de saúde. Enquanto nos grandes centros, repletos de profissionais qualificados, entretanto engessados pela superlotação e ingerência, o caos é a regra, nos hospitais do interior há leitos de sobra, porém falta mão de obra qualificada (GUSMÃO FILHO, 2008; DUBEUX; FREESE; REIS, 2010).

Entre todas as dificuldades encontradas na efetivação das diretrizes do SUS, a rede de urgência e emergência é seguramente a que apresenta menor grau de descentralização e hierarquização quando comparada a outros setores do sistema. Mantém a mesma estrutura hospitalocêntrica característica das décadas de 1960 a 1980, cuja principal consequência se faz sentir na desigualdade do acesso. Essa estrutura arcaica acabou favorecendo a absorção hospitalar da demanda não atendida em outros níveis de atenção, o que contribui para a perpetuação das distorções da atenção e gestão à saúde (GUSMÃO FILHO, 2008).

Conforme Gusmão Filho (2008), após duas décadas de implantação do SUS, o cenário relativo à Rede de Atenção à Urgência e Emergência pode ser caracterizado por um modelo assistencial à saúde ainda fortemente centrado nos interesses capitalistas do mercado; por apresentar falhas na integridade da atenção; por uma atenção básica influenciada pelo modelo assistencial programático, tornando ineficiente o acolhimento de cidadãos acometidos por quadros agudos de baixa complexidade; por serviços de pronto-atendimento de baixa resolutividade para o atendimento dos casos agudos de média complexidade; por hospitais públicos superlotados, o que culmina na baixa qualidade da assistência; por deficiências estruturais, de equipamentos e de mão de obra qualificada na organização e gestão de todos os componentes da Rede de Atenção à Urgência e Emergência. Soma-se a esses problemas, o incipiente mecanismo de regulação do acesso, promovido pelas Centrais de Regulação da Urgência e Emergência, que deveria

funcionar como ferramenta de defesa do cidadão, garantidora do acesso ao meio mais adequado a suas necessidades, no tempo correto.

A desestruturação dos serviços de urgência e emergência não é exclusiva do Brasil. Nos Estados Unidos da América do Norte, o Instituto Médico constatou, em 2006, uma gama de problemáticas relacionadas ao funcionamento inadequado dos serviços médicos de atendimento às urgências e emergências do país. Situações como a superlotação dos serviços, proveniente do aumento da demanda associada à diminuição da oferta desses serviços, e a ausência de especialistas para dar continuidade ao tratamento formaram a base para o entendimento da questão. Para o Government Accountability Office, a superlotação ocorreu devido a uma falha na gestão hospitalar, revelando, inclusive, que os pacientes permaneceram por dias nos corredores dos hospitais aguardando uma definição de sua situação (NISKA; BHUIYA; XU, 2010).

O National Hospital Ambulatory Medical Care Survey (NHAMCS) coleta, analisa e divulga dados/informações sobre os serviços médicos de atendimento às urgências e emergências do país desde 1992. Analisando o ano de 2007, observou-se que foram atendidas 116,8 milhões de pessoas nos serviços de urgência e emergência dos Estados Unidos, um aumento de 23% desde 1997, correspondendo a uma taxa anual de 39,4 atendimentos para cada 100 pessoas (NISKA; BHUIYA; XU, 2010).

De acordo com as informações de 2007 dos serviços de urgência e emergência, a faixa etária com maior taxa de atendimento foi a das crianças com menos de 12 meses de idade (88,5 atendimentos por 100 crianças dos Estados Unidos), correspondendo a cerca de 3,8 milhões de atendimentos. Em segundo lugar, vieram as pessoas com idade igual ou superior a 75 anos, que tiveram uma taxa de atendimento de 62 por 100 pessoas idosas dos Estados Unidos. A taxa de atendimento para pessoas que vivem em lares de idosos foi de aproximadamente quatro vezes maior do que para aquelas que vivem em residências particulares, para a população em geral e para aquelas com idade igual ou superior a 65 anos. Asilados representaram 2,3 milhões de atendimentos nos serviços de urgência e emergência, nesse ano de 2007. A taxa de atendimento para pessoas moradoras de rua foi quase o dobro da taxa de atendimento para aquelas que vivem em residências particulares (71,8 comparados com os 35,9 atendimentos por 100 pessoas moradoras em residências particulares). Eles contabilizaram 542 mil atendimentos nos serviços de emergência, em 2007. Em relação ao grupo racial, a taxa de atendimento nos serviços de

urgência e emergência para os negros foi maior do que o dobro da taxa de atendimento para os brancos (74,6 comparados com os 35,9 atendimentos por 100 pessoas brancas) (NISKA; BHUIYA; XU, 2010).

Informações publicadas por Niska, Bhuiya, Xu (2010) revelam que os pacientes procuraram por serviços médicos de atendimento às urgências e emergências de forma preferencial, em 62% dos casos, durante o horário não comercial, entre 17h e 8h, e nos finais de semana. Afirmam, também, que em 2/3 dos casos os atendimentos duraram menos de 4 horas. Os pacientes chegaram aos serviços de urgência e emergência, em 18 milhões das vezes, por meio de transporte com ambulâncias. Cerca de 44,9% dos pacientes com idade igual ou maior a 75 anos utilizaram-se de remoção com ambulância para chegar ao hospital.

Ao adentrarem os serviços de urgência e emergência, os pacientes eram triados para definição de gravidade de sua enfermidade e tempo necessário para seu atendimento. Pressão arterial, temperatura corporal, oxigenação sanguínea e intensidade da dor foram os parâmetros utilizados para definição da gravidade do paciente e, por consequência, da determinação do tempo para a realização da consulta médica. Em 4,5% dos casos triados, os pacientes necessitaram de atendimento de imediato, pois se apresentavam gravemente enfermos. Foram categorizados como com necessidade de atendimento de emergência 11,3% dos pacientes, sendo atendidos no tempo entre 1 e 14 minutos. Triados como pacientes de urgência representaram a maioria dos casos (38,5%), sendo atendidos entre 15 e 60 minutos. Vinte e um por cento dos casos foram triados como semiurgentes, com necessidade de atendimento entre 1 e 2 horas. Foram caracterizados como atendimentos não-urgentes 7,9% dos pacientes; portanto, estes poderiam aguardar para realização de consulta entre 2 e 24 horas (NISKA; BHUIYA; XU, 2010).

Entre as crianças menores de 15 anos, os principais motivos da consulta médica foram febre, tosse e vômitos. Dor torácica e dor abdominal aguda foram as principais razões que determinaram a procura pelos serviços médicos de urgência e emergência entre os pacientes de 15 a 64 anos. Para os pacientes idosos (65 anos ou mais), a procura pelos serviços decorreu de dor no peito, falta de ar e dor abdominal aguda (NISKA; BHUIYA; XU, 2010).

Dos 116,8 milhões de pacientes atendidos nos serviços de urgência e emergência em 2007, 14,6 milhões (12,5%) necessitaram de internação no hospital do atendimento de origem, e 2,1 milhões

foram transferidos para outro hospital. Os pacientes mais graves necessitaram de suporte em Unidade de Tratamento Intensivo, representando 11,5% dos atendidos. Óbito ocorreu em 0,1% dos atendimentos de urgência e emergência. Dos 14,6 milhões de pacientes internados, 4,4% foram encaminhados para a sala de operação. O tempo médio de internação dos pacientes foi na ordem de 5,3 dias; entretanto, os asilados permaneceram internados no hospital por um período maior, em média 7,4 dias (NISKA; BHUIYA; XU, 2010).

No Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, assim como nos serviços de saúde públicos e privados do Estado do Espírito Santo, um novo modelo de triagem está sendo implantado no setor de atendimento às urgências e emergências. Optou-se pelo modelo de triagem de Manchester, desenvolvido na Inglaterra em 1997, cuja proposta se baseia no atendimento dos pacientes não mais por ordem de chegada, mas por gravidade dos seus sintomas e sinais. Esse sistema de triagem atribui aos usuários dos serviços de urgência e emergência uma identificação por meio de uma cor, em conformidade com a gravidade de seu problema de saúde, supostamente determinada pelas queixas e alterações fisiológicas dos pacientes, e com o tempo necessário para seu atendimento, de tal maneira que os usuários classificados como vermelho necessitam de atendimento de imediato; de laranja, de atendimento muito urgente (tempo máximo de 10 minutos); de amarelo, de atendimento urgente (tempo máximo de 60 minutos); de verde, pouco urgente (tempo máximo de 120 minutos); e de azul, não urgente (tempo máximo de 240 minutos) (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2006a). A triagem ocorre após o acolhimento do paciente nas unidades de saúde, sendo realizada por um grupo capacitado de enfermeiros, que seguem um processo de trabalho com decisões padronizadas. O primeiro passo é responsável pela identificação do problema que gerou a demanda ao serviço de saúde, com posterior seleção adequada de seu fluxograma, tal como a ocorrência de dor abdominal aguda. Segue-se a coleta e análise da informação que permita discriminar a gravidade da situação (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2006c).

A principal finalidade da triagem, portanto, é selecionar os pacientes que têm prioridade de atendimento, garantindo aos mais graves o atendimento em primeiro lugar, sem a intenção de excluir dos serviços o usuário portador de agravo de menor intensidade. Como consequência, almeja-se a otimização dos equipamentos de saúde, a racionalização no acesso e nos fluxos entre os serviços e a satisfação dos usuários e dos profissionais (PIRES, 2003).

Segundo Pires (2003), apud Chave, quando há um desequilíbrio, entre o número de usuários que aguardam por atendimento e a capacidade de absorção do serviço, se impõe uma sistematização na seleção dos pacientes que deverão ser atendidos de forma prioritária. Em alguns serviços americanos, os enfermeiros desenvolvem a função de triagem e, de acordo com os protocolos clínicos pactuados, também possuem autonomia para solicitação de exames e para administração de medicamentos, contribuindo para a resolução do atendimento nos serviços de urgência e emergência.

No caso em questão, dor abdominal (Figura 1), os primeiros discriminadores a pesquisar são o “comprometimento da via aérea, respiração inadequada e choque”. A presença de um deles implica a triagem com a cor vermelha, portanto, atendimento de imediato. Na suas ausências, são pesquisados novos discriminadores. “Dor severa, dor irradiada para dorso, vômitos com sangue, passado de sangramento digestivo, sangramento em gestante com mais de 20 semanas de gestação e febre alta” indicam a cor laranja (muito urgente). Na suas ausências, são pesquisados novos discriminadores. “Dor moderada, dor irradiada para o ombro, possibilidade de gravidez, história de fezes pretas ou ensangüentadas, vômitos persistentes e febre” indicam a cor amarela (urgente). Uma resposta negativa induz à continuidade no fluxograma. “Dor recente, vômitos, problemas recentes” indicam a cor verde (pouco urgente). A ausência desses sintomas e sinais tria o paciente com a cor azul (não urgente) (MANCHESTER TRIAGE GROUP, 2006c).

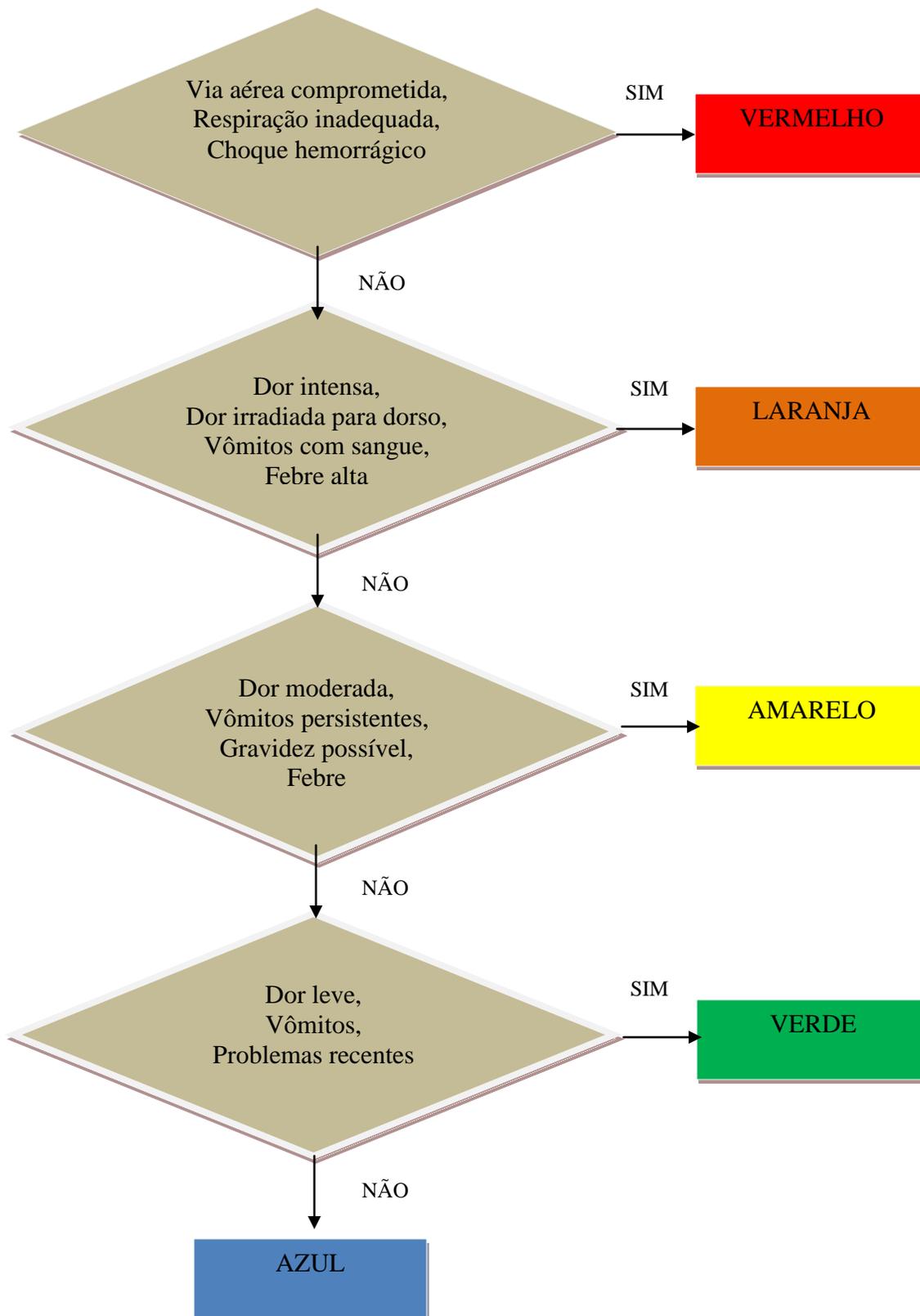


Figura 1 – Fluxograma da dor abdominal aguda

Várias propostas para solucionar o problema da superlotação foram elaboradas em todo o mundo, entretanto sem evidências científicas. Porém, modelos foram criados para identificar as causas da superlotação e elaborar estratégias para sua resolução. Os modelos mais bem sucedidos elaboram propostas para estudar os processos de trabalho na porta de entrada, durante o atendimento e na porta de saída (GUSMÃO FILHO, 2008).

Como mostram as evidências, as causas para a crise mundial das redes de urgência e emergência são múltiplas e complexas e com poucas perspectivas de resolução em curto prazo. Possíveis saídas para essa crise passam, obrigatoriamente, por intervenções profundas, incluindo implantação de políticas públicas inovadoras e readequação dos processos de trabalho, assim como mudanças nos sistemas de saúde como um todo, uma vez que a atenção às urgências e emergências representa um papel essencial na sua dinâmica (GUSMÃO FILHO, 2008).

### 3.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O conceito de rede tem sido desenvolvido em vários campos como a sociologia, a psicologia, a administração e a tecnologia de informação. Para Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Relações estáveis, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos são elementos comuns das redes.

A partir da década de 1990, as propostas de redes para dar suportes às políticas têm sido adotadas, com finalidade de superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organismos não governamentais e de fortalecimento do controle público. As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos, onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (INOJOSA, 2008; OUVENEY, 2008; FLEURY; OUVENEY, 2007),

fatos presentes no cotidiano da saúde pública, notadamente na atenção e gestão da urgência e emergência.

Há, na literatura internacional, várias definições de redes de atenção à saúde. Com base nas concepções mais gerais contidas nas teorias de redes, em vários campos (AGRANOFF; LINDSAY, 1983; PODOLNY; PAGE, 1998; CASTELL, 2000; FLEURY; OUVERNEY, 2007), podendo-se definir as redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a uma determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, com responsabilidade sanitária e econômica, gerando valor para a população. Os objetivos de uma rede de atenção à saúde são melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização de recursos e a equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2008).

As redes de atenção à saúde podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica, como os de atenção primária à saúde, devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como os hospitais, tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

A organização das redes de atenção à saúde, conforme Mendes (2009a), para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se, com base, entre outros, na economia de escala, na disponibilidade de recursos, na qualidade e no acesso. As redes de atenção à saúde têm de incorporar o critério de acesso, combinando-se dialeticamente, de um lado, a economia de escala e a qualidade dos serviços e, do outro, o acesso aos serviços de saúde.

A Organização Mundial de Saúde propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A situação ótima nas redes de atenção à saúde é dada pela concomitância de economias de escala e serviços de saúde de qualidade acessíveis prontamente aos cidadãos (MENDES, 2009a).

Mendes (2009a) fundamenta a constituição das redes de atenção à saúde em três elementos: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

A população de responsabilidade das redes de atenção à saúde vive em territórios sanitários, devendo ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informações potentes. Essa população deve ser subdividida em subpopulações por fatores de risco, cabendo à atenção primária à saúde, nesse nível micro do sistema, a responsabilidade de articular-se com essa população (MENDES, 2009a).

Como segundo elemento que constitui uma rede de atenção à saúde, conforme entende Mendes (2009a), a estrutura operacional está organizada em cinco componentes, a saber: a atenção primária à saúde, considerada o cerne da comunicação; os pontos de atenção à saúde secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; o sistema de governança da rede de atenção à saúde.

Os sistemas logísticos são soluções em saúde fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferências das pessoas ao longo dos pontos de atenção à saúde (MENDES, 2009a).

Para Mendes (2009a), os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estrutura operacional que medeia uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso com graus de risco e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais. Esses sistemas podem ser operados em módulos, como o módulo de regulação da urgência e emergência, por meio do qual o paciente portador de dor abdominal aguda, decorrente do abdome agudo, pode ser inserido num ponto de atenção adequado ao seu tratamento.

Mendes (2009b) considera o modelo de atenção à saúde como o terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde. Ele aponta para uma divisão em modelo de atenção às condições agudas e modelo de atenção às condições crônicas, os quais atuam como faces de uma mesma moeda, tendo em vista que, para que haja uma mudança radical no Sistema Único de Saúde, há de existir uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e agudas.

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, definindo o ponto de atenção adequado para aquela situação e considerando-se como variável crítica o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica a adoção de um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e emergências (MENDES, 2009b).

Para dar sustentação ao processo de desenho das redes de atenção à saúde, a diretriz clínica fundamental é a linha-guia referente à área temática que se quer considerar, pois não há o desenho de uma rede única que dê conta de todos os problemas de saúde. Por isso, devem ser propostas redes temáticas, tais como as redes de atenção às mulheres e às crianças, rede de atenção às doenças cardiovasculares, rede de atenção ao trauma, rede de atenção à dor abdominal aguda, etc (MENDES, 2009c).

A linha-guia é uma recomendação sistematicamente desenvolvida com objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição ou patologia, realizada de modo a normalizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as ações de prevenção primária, secundária e terciária. Além de normalizar as ações de todos os pontos de atenção de uma rede de atenção à saúde, a linha guia também normaliza as situações em que se dão os fluxos entre os níveis de atenção à saúde. Uma característica essencial das linhas-guias é que se desenvolvam por graus de risco, o que necessariamente envolve a estratificação dos riscos, e que se normalizem as ações referentes a cada estrato singular (MENDES, 2009c).

Portanto, este nosso estudo, ao analisar a linha guia da Dor Abdominal Aguda da Rede de Atenção a Urgência e Emergência, propõe que, se um indivíduo com dor abdominal aguda acessar a atenção primária de seu microterritório sanitário ou outro componente de atenção da Rede, esse indivíduo, de acordo com a “Carta Magna”, deve ser prontamente acolhido, de forma humanizada, e atendido conforme sua gravidade (triagem), e, se assim for necessário para a resolução integral de sua doença, deve ser direcionado para um serviço especializado em unidades de saúde de maior complexidade tecnológica. Para que esse processo ocorra de forma apropriada, é de fundamental importância que a equipe de saúde esteja devidamente qualificada para identificar precocemente sinais de alerta que possam sugerir a presença de abdome agudo, uma doença de alta complexidade e mortalidade, e que essa equipe e paciente possam contar

com um potente sistema de regulação médica (Central de Regulação de Urgência e Emergência) que garanta a inserção desse indivíduo, em tempo adequado, no local ideal para seu tratamento.

### 3.4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

A Rede de Atenção à Urgência e Emergência é um importante componente da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. Apesar de ser essa Rede considerada peça fundamental à sobrevivência desse sistema, a carência de implantação das múltiplas e sobrepostas políticas públicas de saúde elaboradas durante décadas para garantir uma assistência qualificada e humanizada da atenção e gestão à saúde culminou com uma sobrecarga e falência da Rede, tornando-a inoperante, engessando os seus princípios de universalidade de acesso, equidade na oferta de recursos e integralidade da atenção (BRASIL, 2006a).

A Rede de Atenção à Urgência e Emergência deveria estruturar-se em múltiplos componentes e níveis de assistência: a assistência pré-hospitalar fixa (Unidades Básicas de Saúde, Programas de Saúde da Família – PSF, Ambulatórios especializados, Serviços de Diagnóstico e Terapia, Unidades de Pronto Atendimento), a assistência pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate do Corpo de Bombeiros), até a assistência hospitalar de alta complexidade e pós-hospitalar de reabilitação, todas responsabilizadas pela atenção a uma determinada demanda de urgência e emergência, respeitando-se os seus limites de complexidade e resolutividade e agindo cooperativamente, a fim de que essa demanda deixe de recair exclusivamente e sistematicamente sobre os pronto-socorros, como acontece atualmente (BRASIL, 2006a).

Esses diferentes níveis de atenção deveriam se relacionar, não mais de forma hierárquica hegemônica, como proposto inicialmente pelo Ministério da Saúde, mas como organizações poliárquicas de conjunto de sistemas de saúde, atuando de forma complementar, numa missão única de ofertar uma atenção integral, por meio de mecanismos de regulação da assistência, providos pelas Centrais de Regulação da Urgência e Emergência, agrupadas num Complexo Regulador da Atenção, garantidor de acesso aos componentes dessa Rede, por meio da Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2006a).

A Regulação Médica da Urgência, de competência única e exclusiva dos médicos reguladores, é um processo de trabalho que se desenvolve por meio da telemedicina, no qual se garante escuta e acolhimento permanente de todos os pedidos de socorro, estimando inicialmente um grau de urgência, desencadeando a resposta mais adequada a cada solicitação e assegurando a disponibilidade de meios necessários para efetivação do acesso ao cidadão. Para tal processo de trabalho, o médico deveria dispor de ferramentas que o auxiliassem na regulação, tais como as grades de serviços previamente pactuadas junto ao Comitê Gestor das Urgências e Emergências, instância responsável para propostas e correções necessárias à permanente adequação da Rede de Urgência e Emergência (BRASIL, 2006c).

Conforme O'Dwyer, Matta e Pepe (2008), a ordenação do acesso à Rede de Urgência e Emergência por meio da Regulação Médica poderia transformar o cenário caótico dos grandes hospitais de referência em urgência, induzir a reorganização do sistema, ofertando ao usuário o acesso adequado ao seu tratamento em tempo hábil, auxiliando a resolutividade dos serviços e, com isso, adicionando um ganho na qualidade da atenção e gestão à saúde.

Dessa maneira, mediante os princípios fundamentais do SUS, a Central de Urgência do SAMU, verdadeiro observatório privilegiado do sistema, funcionaria como importante “porta de entrada” do sistema de saúde, necessitando, para promoção de uma atenção integral, de “portas de saída” qualificadas, organizadas, pactuadas e estruturadas em Redes de Atenção regionalizadas e poliárquicas. Portanto, as demais Centrais de Regulação das Urgências do Complexo Regulador da Atenção deveriam garantir acesso à assistência primária de saúde, à assistência hospitalar, ao transporte e outras mais que se fizessem necessárias, ideais não alcançados décadas após a implantação do SUS (BRASIL, 2006b).

Há tempos constatamos a fragilidade das políticas públicas de saúde, o que determinou um enorme hiato entre a gestão e a atenção à saúde. Basta observar o caótico cenário da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, apesar de esta se tornar o objeto de iniciativas do governo federal, por meio da elaboração de inúmeras políticas, que não trouxeram impacto significativo na sua atenção (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

Tudo teve início em 1986 a partir de conquistas da sociedade brasileira durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, que serviu de base para que, na Constituição Federal de 1988,

fosse reconhecido a todos os cidadãos o direito à saúde, sendo esta de responsabilidade do Estado (FALK; RAMOS; SALGUEIRO, 2009).

A partir de 1990, surgiram as primeiras iniciativas do governo federal (artigo 197 da Constituição Federal, artigos 1º e 15º da Lei nº 8.080) para a organização normativa dos sistemas de urgência e emergência público e privado, como componente para a implantação do SUS. Até então, só existiam experiências locais, originárias da esfera municipal (GUSMÃO FILHO, 2008).

Em 1995, o Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.451, definiu a urgência como uma “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (p. 3666). Entretanto, para o Conselho, a emergência foi conceituada como a “constatação médica de condições de agravo a saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato”(p. 3666) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

Na década de 1990, a partir de uma parceria internacional com a França, foi iniciada a implantação do atendimento fora do ambiente hospitalar, no país. A idéia de atendimento “pré-hospitalar, por meio de deslocamento de equipe e recursos materiais, tem sua origem em 1792, quando Dominique Larrey, cirurgião da Grande Armada de Napoleão utiliza uma “ambulância” (do *latin Ambulare*, que significa deslocar) para levar atendimento precoce aos acometidos em combate” (p. 50). O SAMU brasileiro foi inspirado no componente pré-hospitalar do modelo franco-germânico, no qual equipes multidisciplinares chefiadas por médicos seriam responsáveis pelo atendimento *in loco* de chamados de urgência e emergência, deslocando-se em ambulâncias devidamente equipadas. A atuação dessas equipes seria orientada por uma central reguladora, responsável pela organização do sistema de urgência e emergência da região (BRASIL, 2006b).

Uma das principais consequências da crise dos sistemas de urgência e emergência é a queda da qualidade da assistência à saúde, que pode ser traduzida pela diminuição da efetividade do cuidado, da produtividade e da eficiência dos sistemas, pela insatisfação dos usuários e profissionais de saúde, entre outras (GUSMÃO FILHO, 2008).

Diante do exposto, no ano de 2000, houve uma tentativa do Ministério da Saúde de implementar o conceito de atendimento humanizado na assistência hospitalar, por meio do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O objetivo do programa era promover uma mudança de cultura no atendimento ao usuário dos serviços de saúde público do Brasil, por meio de ações integradas, melhorando-se a qualidade e a efetividade dos serviços pelo aprimoramento das relações entre profissionais de saúde, usuários e comunidade. Visava-se a hospitais públicos modernos, dinâmicos e, acima de tudo, solidários aos anseios da comunidade. Esperava-se a formação de uma Rede Nacional de Humanização com a finalidade de facilitar o intercâmbio de ideias, estratégias e informações relevantes à humanização (FALK; RAMOS; SALGUEIRO, 2009).

Em 22 de setembro desse mesmo ano, o Ministério da Saúde elaborou a Portaria SAS/MS n.º 356, que instituiu o processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica integrantes do Complexo Regulador da Atenção (BRASIL, 2006a).

Em 2001, o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria n.º 737, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, com objetivo de reduzir a morbidade e a mortalidade por acidentes e violências no País mediante o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas envolvendo a atenção às urgências e emergências (BRASIL, 2006a).

Considerando a necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, o Ministério da Saúde instituiu, em 2002, em âmbito nacional, o Regulamento Técnico desses Sistemas por meio da Portaria n.º 2.048, sendo ele apresentado em sete capítulos, dispondo sobre os seguintes assuntos: Dos Princípios e Diretrizes do Plano Estadual de Atendimento às Urgência e Emergência (Capítulo I); Da Regulação Médica das Urgências e Emergências (Capítulo II); Do Atendimento Pré-Hospitalar Fixo (Capítulo III); Do Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (Capítulo IV); Do Atendimento Hospitalar (Capítulo V); Da Transferência e Transporte Inter-Hospitalar (Capítulo VI); Do Funcionamento dos Núcleos de Educação em Urgência (Capítulo VII) (BRASIL, 2006a).

Conforme a Portaria n.º 2.048, o Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências deve ser elaborado com base nas necessidades locais da população, analisando-se as deficiências e ofertas de serviços da Rede de Atenção à Urgência e Emergência, valorizando-se a prevenção

dos agravos e proteção à vida, abandonando-se a política voltada para o tratamento das sequelas das doenças. Ele deve estar contido no Plano Diretor de Regionalização (PDR), com cronograma de execução e planilhas de custos, destinado à correção das deficiências elencadas na estrutura das grades de referência da Rede (BRASIL, 2006a).

Para tanto, o princípio fundamental para o funcionamento adequado dessa Rede requer que os municípios realizem minimamente, na sua atenção básica, o acolhimento dos pacientes com quadros agudos de menor complexidade e que os municípios polo regional e polo estadual de saúde realizem procedimentos de alta complexidade, ofertando saúde de forma integral, além de possuírem uma Central de Regulação de Urgência e Emergência, a qual irá ordenar e orientar os fluxos dos pacientes nessas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2006a).

Dando seguimento à tentativa de organização de um sistema nacional de atenção às urgências e emergências, no ano seguinte, em 2003, o Ministério da Saúde instituiu por meio da Portaria n.º 1.863, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), composta pelos sistemas estaduais, regionais e municipais. Essa Política orienta a organização de Redes de atenção integral às urgências a partir dos componentes definidos para os sistemas estaduais, quais sejam: componente pré-hospitalar fixo, componente pré-hospitalar móvel, componente hospitalar e o componente pós-hospitalar. Encaminha ainda a instalação e a operação das Centrais de Regulação, integradas ao Complexo Regulador da Atenção, a capacitação e a educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção e a orientação geral segundo os princípios de humanização da atenção e gestão (BRASIL, 2006a).

Portanto, a PNAU foi instituída para exercer um forte papel indutor na organização do Sistema Único de Saúde, promovendo uma pactuação tripartite para a manutenção das ações em saúde que possam garantir as diretrizes de universalidade, equidade e integralidade do sistema (BRASIL, 2006a).

Foi por meio da Portaria n.º 1.864 que o Ministério da Saúde instituiu, em todo o território brasileiro, no âmbito do SUS, o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), suas Centrais de Regulação e seus Núcleos de Educação Permanente em Urgência, como primeira etapa para a implantação da PNAU. Os mecanismos de acompanhamento e avaliação das ações desses serviços foram definidos por intermédio da apresentação trimestral de casuística e de

indicadores de desempenho, tais como os tempos médios de atendimento, as taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente pré-hospitalar, além das casuísticas de atendimento às urgências por causa clínica e às relacionadas às causas externas (BRASIL, 2006a).

As Centrais SAMU devem prever acesso a usuários de forma gratuita por meio de ligação para o número público 192, exclusivo para a população com um quadro de agravo à saúde, bem como para os profissionais de saúde, em qualquer nível da Rede, funcionando como importante “porta de entrada” do sistema de saúde (BRASIL, 2006a).

Para propor as correções necessárias à permanente adequação da Política Nacional de Atenção às Urgências, o Ministério da Saúde instituiu, em outubro de 2003, por meio da Portaria nº 2.072, o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, composto por representantes das diversas secretarias e departamentos do ministério, conselhos, agências reguladoras, instituições relacionadas, associações médicas e outros ministérios, com papéis de elaboração, assessoramento, proposição, articulação, avaliação de diretrizes e ações relativas à PNAU (BRASIL, 2006a).

Em 2003, após a 11ª e 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi prevista a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH), em substituição ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, com a tarefa principal de colocar a humanização como dimensão fundamental do cuidado à saúde. Nascia uma Política contrária à segmentação por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso), ao modelo de gestão centralizador do poder, inflexível, e a favor da formação de equipes multiprofissionais que olhassem o usuário como um todo, assim como da assistência por intermédio de Redes cooperativas. Uma Política que valorizava e incentivava os sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde (usuários, profissionais de saúde e gestores), aumentando o grau de corresponsabilidade dos atores, os quais, em conjunto, se responsabilizavam pelo desenvolvimento de um novo modelo de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como cerne as necessidades dos cidadãos, o compromisso com a ambiência, com a melhoria das condições de trabalho e atendimento (BRASIL, 2006a; FALK; RAMOS; SALGUEIRO, 2009).

A PNH foi planejada para operar transversalmente em toda a Rede de Atenção à Saúde, com vistas à ampliação do acesso e à redução das filas de espera, promovendo acolhimento de acordo com a gravidade das doenças. O velho sistema de poder verticalizado, hierarquizado, que produzia alienação dos trabalhadores e exclusão dos usuários, aos poucos dava lugar a grupos de trabalho que desenvolveram em equipes mudanças jamais presenciadas nos hospitais públicos do SUS, tal como no Hospital das Clínicas de Porto Alegre, onde pesquisas científicas foram publicadas, onde se criou o dia do Processador de Roupas, se adotou o parto humanizado, foram feitas reformas estruturais no ambiente do Morgue, por meio do desenvolvimento do modelo de redes que compartilham o saber e o poder e se propagam contagiando diferentes atores e sujeitos (FALK; RAMOS; SALGUEIRO, 2009).

Em setembro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria n.º 1.828/GM, o incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em todo o território nacional (BRASIL, 2006a).

Ainda em coerência com a Política de Atenção às Urgências, o Ministério da Saúde constituiu um Grupo Técnico, pela Portaria n.º 2.420, de novembro de 2004, com o objetivo de avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS para abordagem dos episódios de morte súbita, por meio da proposta de protocolos clínicos relativos à atenção às principais doenças associadas à morte súbita, divulgados e publicados para a sociedade por intermédio de fóruns públicos (BRASIL, 2006a).

Em dezembro de 2004, as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgência foram estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pela Portaria n.º 2.657/GM (BRASIL, 2006a).

Após décadas de distorções na Rede de Atenção à Urgência e Emergência, e de incompatibilidade com as propostas políticas, os Pronto-Socorros dos hospitais continuavam funcionando como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, acolhendo pacientes desgarrados da atenção primária, urgências sociais, em meio a pacientes verdadeiramente portadores de agravos à saúde e risco de morte. Esse fato acabava superlotando os Pronto-Socorros e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Essa realidade assistencial foi constantemente agravada pelos problemas organizacionais desses hospitais (O'DWYER; MATTA; PEPE, 2008).

O desenvolvimento de uma política pública voltada para a melhoria da qualidade da atenção à saúde surgiu a partir da opinião dos usuários sobre o SUS, que apontavam para as deficiências no ato do acolhimento e para a baixa acessibilidade aos serviços de saúde, demonstrada pelo longo tempo de espera para consultas, exames e cirurgias. Em 2004, com base no Plano Nacional de Saúde, foi definida a Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, o Qualisus, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários do SUS, por meio de uma assistência resolutiva, humanizada, confortável, capaz de reduzir os riscos à saúde, ao mesmo tempo em que motiva os profissionais de saúde e promove controle social. Nascia uma política de caráter transversal, atuando de forma harmoniosa e integrada com as demais políticas existentes na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2004).

O sistema de urgência e emergência foi tido como prioritário para aplicação do Qualisus, devido à fragilidade da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que, em seu cerne, lida com situações vitais. Para tal, a política do Qualisus entra em consonância com a Política Nacional de Atenção às Urgências e a Política Nacional de Humanização, pressupondo para o sistema a organização dos demais componentes não hospitalares da Rede de Atenção, o desenvolvimento do SAMU, a instalação das Centrais de Regulação de Internação de Urgência (regulação de leitos como estratégia para diminuição do tempo de internação hospitalar), e a organização e qualificação dos hospitais de urgência (BRASIL, 2004).

Inicialmente, quatro hospitais de relevância para suas regiões (Porto Alegre, Rio de Janeiro, Goiânia e Recife) foram escolhidos como projeto piloto para implantação da Política Qualisus. Os processos de trabalho foram desenvolvidos em cinco eixos: o primeiro eixo aplicava ações para qualificação do acolhimento e classificação de risco, ambiência e direito dos usuários, como forma de garantir acesso e conforto às pessoas; o segundo eixo visava à efetividade e à resolutividade da assistência à saúde, uma vez que garantia a qualidade e a quantidade de profissionais adequados à demanda, a implantação de protocolos clínicos, a adequação estrutural e organizacional dos serviços de urgência e emergência; o terceiro eixo objetivava a garantia da continuidade do cuidado, por meio do desenvolvimento de planos de cuidado, da implantação de prontuários interdisciplinares, da gestão do tempo de permanência no setor de urgência e emergência e da integração com as Centrais de Regulação Médica de Urgências e Emergências, inserindo-se, então, numa rede de serviços complementares; a prioridade do quarto eixo foi o

aprimoramento da gestão, pela instituição de uma gestão colegiada, em que gerentes, profissionais e usuários compartilhariam responsabilidades com o atendimento às urgências e emergências, além do desenvolvimento de um sistema de informatização dos serviços; o último eixo voltou-se para a garantia de inserção do hospital na Rede de Atenção à Urgência e Emergência, desenvolvendo-se ações externas ao hospital, tais como a implantação do SAMU, a organização de pronto atendimento, a criação de grades de referência à urgência e emergência e a implantação do Comitê Gestor da Urgência e Emergência (GUSMÃO FILHO, 2008).

Diante dessa realidade, em dezembro de 2006, um importante programa foi elaborado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de destinar recursos para qualificar os Pronto-Socorros dos hospitais de grande porte, localizados nas capitais ou em regiões metropolitanas, por meio da Portaria n.º 3.125/GM, denominado Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde. Essa Política foi instituída para propiciar o desenvolvimento e a modernização do SUS, por meio do financiamento de reformas estruturais e da substituição dos equipamentos ora obsoletos, ao mesmo tempo em que organizava o funcionamento dos sistemas de urgência e emergência, propondo a integração desses sistemas com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde e dando ênfase ao sujeito e às suas relações dentro dos serviços de saúde (GUSMÃO FILHO, 2008).

Em dezembro de 2008, três importantes Portarias foram elaboradas pelo Ministério da Saúde: Portaria n.º 2.922/GM, com vistas ao fortalecimento do componente de organização das Redes de Atenção Integral às Urgências da Política Nacional de Atenção às Urgências; Portaria n.º 2.970/GM, que institui diretrizes técnicas para fomento da Rede Nacional do SAMU; Portaria n.º 2.972/GM, que preconiza a continuidade do Qualisus, organizando e qualificando as Redes de Atenção Integral às Urgências (GUSMÃO FILHO, 2008).

A partir de então, os recursos destinados seriam utilizados na adequação de Pronto-Socorros, para fins de reforma, construção, ampliação e aquisição de equipamentos, em hospitais parceiros que passarão a compor o desenho de Redes Regionalizadas de Atenção às Urgências e, assim, poderão contribuir para a garantia de acesso e para a adequada continuidade de tratamento aos cidadãos acometidos por agravos urgentes, que tenham sido atendidos inicialmente na rede básica de saúde, em unidades de pronto-atendimento ou pelo pré-hospitalar móvel, favorecendo

a regionalização e a ampliação da cobertura da Rede de Urgência nos municípios/regiões onde o SAMU está instalado e habilitado (GUSMÃO FILHO, 2008).

Em março de 2010, o Ministério da Saúde, pela Portaria n.º 577/GM, institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde - QualiSUS-Rede, como estratégia, no âmbito do Sistema Único de Saúde, de qualificação da atenção e da gestão em saúde, por meio da organização de Redes regionais de atenção à saúde e da qualificação do cuidado em saúde (BRASIL, 2010).

Constituem-se, entre outros, objetivos do Projeto QualiSUS-Rede: organização de redes de atenção à saúde a partir do ordenamento da atenção primária; priorização de investimentos na atenção à urgência e emergência e no aprimoramento dos sistemas logísticos e de gestão da Rede de Atenção à Saúde; fortalecimento da regulação do acesso; qualificação do cuidado em saúde, a partir do desenvolvimento e implantação de protocolos clínicos, e a qualificação profissional (BRASIL, 2010).

O assim chamado sistema brasileiro de atenção às urgências e emergências é, por fim, um modelo híbrido, que associa características dos modelos franco-germânico e anglo-americano (TANNEBAUM et al., 2001). Seu componente pré-hospitalar é fortemente inspirado no modelo francês, com a presença de equipes chefiadas por médicos, os quais prestam atendimento em ambulâncias às chamadas de urgência *in loco* e coordenadas por uma central de regulação, responsável pela triagem e continuidade do tratamento em qualquer um dos componentes da rede de assistência à saúde. O componente hospitalar, por sua vez, é formado por serviços estruturados para o recebimento de casos de urgência, tal como nos sistemas americanos, inclusive em algumas situações com a aplicação de normalizações assistenciais. Contraditoriamente, a Emergência Médica, em geral, não é vista como especialidade, o que leva a um baixo grau de exigência para habilidades específicas do atendimento de urgência por parte dos profissionais que trabalham nos serviços de urgência e emergência (SANTOS et al., 2003).

## 4 SÍNDROME DO ABDOME AGUDO

### 4.1 A DOR ABDOMINAL AGUDA

A dor<sup>17</sup> abdominal aguda é uma entidade clínica complexa, que ocorre de forma corriqueira nos serviços médicos de atendimento às urgências e emergências, correspondendo, em média, a 5% do total de atendimentos desses serviços (CARTWRIGHT; KNUDSON, 2008). Em 2002, correspondeu a 6,5% de todos os atendimentos de emergência, representando mais de 7 milhões de pacientes atendidos nos Estados Unidos (FLASAR; GOLDBERG, 2006).

Ao considerarmos o Brasil, constatamos que “os dados brasileiros são imprecisos, principalmente devido à ausência de sistematização e informatização do sistema de saúde público, aliada à ausência de dados do sistema de saúde privado” (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007, p. 358).

Os pacientes portadores de dor abdominal aguda também podem procurar por auxílio médico nos serviços de atenção primária, os quais devem estar preparados para a avaliação inicial desses pacientes e capacitados a fazer uma correta triagem para serviços de densidade tecnológica maior. Em 2002, mais de 13,5 milhões de pacientes procuraram por atendimento na atenção primária como porta de entrada para o sistema de saúde, haja vista a facilidade de acesso característica desses serviços de menor densidade tecnológica; como consequência, maior dispersabilidade (FLASAR; CROSS; GOLDBERG, 2006). De acordo com Mendes (2009a, p. 142), “É a atenção primária à saúde que deve resolver mais de 85% dos problemas de saúde” [...].

A dor abdominal aguda acomete indivíduos de todas as idades, sendo, porém uma queixa frequente entre os idosos. Vinte e cinco por cento dos pacientes que procuram atendimento médico de urgência possuem mais de 50 anos. Fator peculiar é que, nos idosos, a apresentação

---

<sup>17</sup> Experiência emocional e sensorial desagradável associada a lesões teciduais reais ou potenciais, ou descrita em termos dessas lesões (REY, 1999).

clínica da dor abdominal aguda, além de diferir em muito da apresentação clínica dos jovens e infantes, pode ser decorrente de complicações de suas doenças de base (LYON; CLARK, 2006).

Há uma tendência mundial para aumentar a demanda de idosos nos serviços de urgência e emergência. De acordo com Yeh e McNamara (2007), o número de pessoas maiores do que 65 anos irá mais do que dobrar no próximo século; serão 80 milhões de idosos, somente nos Estados Unidos, expostos a uma multiplicidade de fatores desencadeadores da dor abdominal aguda.

No Brasil, assim como nos Estados Unidos da América do Norte, a população está caminhando para a senilidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), “entre 1950 e 2025, a população de pessoas idosas de um modo geral no país crescerá 16 vezes contra cinco vezes a população total. Assim a proporção de pessoas idosas na população geral passará de 10:1 nos dias atuais para 5:1 em 2050” (ESPÍRITO SANTO, 2008, p. 9). Perante esse fato, há uma necessidade de adequar os serviços de atendimento às urgências e emergências diante do risco de sobrecarga ao qual esses serviços estarão submetidos, já que, ao se aumentar a demanda de idosos nesses setores, haverá, por consequência, um aumento do número de internações e procedimentos cirúrgicos. Sabe-se que metade dos pacientes idosos que procuram pelo serviço médico de atendimento às urgências e emergências com queixa de dor abdominal aguda necessitará de internação e 1/3 desses pacientes, de procedimento cirúrgico. Além disso, 1/3 dos pacientes que foram atendidos e liberados pelos serviços de urgência e emergência em decorrência da queixa de dor abdominal aguda retornam com a continuação dos sintomas. A falha na identificação precoce de sinais de alerta presentes nesses pacientes e mesmo naqueles que permaneceram em observação nos hospitais tem causado retardo diagnóstico e um aumento da mortalidade desses idosos (YEH; MCNAMARA, 2007; MARTINEZ; MATTU, 2006). Portanto, é de fundamental importância planejar, num futuro breve, uma política de saúde que atenda também essa camada senil da sociedade, inclusive com a elaboração de indicadores que sugiram a presença de uma doença grave (abdome agudo), como forma de diagnóstico e tratamento precoce.

Somando-se a esse fato, os autores Yeh e McNamara (2007) sublinham que o atendimento aos idosos com dor abdominal aguda requer dos médicos uma habilidade clínica para o manejo da enfermidade em questão, um conhecimento da reserva fisiológica dos pacientes, não se preocupando apenas com a presente idade cronológica, e, também, requer do hospital um

adequado aporte tecnológico, para tentar diminuir o índice de mortalidade (superior a 10%), além do tempo de internação hospitalar, visto que, nessa população, esse período tende a ser maior. Segundo Martinez e Mattu (2006), a duração da internação hospitalar para os pacientes idosos é da ordem de 20% maior do que para os pacientes jovens.

Independentemente da faixa etária dos pacientes, em determinadas situações, a dor abdominal aguda pode corresponder a um sintoma de uma doença grave, acarretando inclusive risco de vida, como ocorre em muitos dos casos de abdome agudo, enquanto, em outras situações, pode ser um sintoma decorrente de uma condição clínica benigna, por exemplo, uma cólica menstrual (FLASAR; GOLDBERG, 2006). Conforme avaliação de Cartwright e Knudson (2008), dez por cento dos pacientes que procuram serviço de emergência com dor abdominal aguda possuem como causa subjacente uma doença grave, e um percentual menor desses pacientes também procuram por atendimento ambulatorial.

A dor abdominal aguda não deve ser entendida como sinônimo de abdome agudo; entretanto, é a principal manifestação desta síndrome, seu sintoma fundamental, cardinal. Sabe-se que uma grande variedade de doenças que acometem os aparelhos e sistemas dos indivíduos pode causar dor abdominal aguda, mimetizando, inclusive, casos de abdome agudo, o que torna essa entidade sindrômica um desafio para a prática médica (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007).

Didaticamente, Flasar e Goldberg (2006) listaram, de acordo com a localização anatômica da dor (Quadro 1) as doenças causadoras de dor abdominal aguda, entre elas vários casos de abdome agudo, tais como apendicite aguda, colecistite aguda, outros muitos decorrentes de processos patológicos de vísceras e órgãos abdominais, como as gastroenterites agudas, pielonefrites, e outros ainda decorrentes de doenças extra-abdominais, como são os casos das doenças cardiopulmonares, musculares, dermatológicas, sistêmicas e outras mais.

<b>HIPOCÔNDRIO DIREITO</b> Doenças pépticas Doenças biliares Doenças hepáticas Doenças pulmonares Parede abdominal Doenças renais Doenças do cólon	<b>EPIGÁSTRIO</b> Doenças pépticas Doenças pancreáticas Doenças biliares Doenças esofágicas Doenças cardíacas Aneurisma aorta abdominal Isquemia mesentérica	<b>HIPOCÔNDRIO ESQUERDO</b> Doenças pépticas Doenças esplênicas Doenças pancreáticas Doenças pulmonares Doenças renais
<b>QUADRANTE INFERIOR DIREITO</b> Apendicite Doença inflamatória intestinal Doenças ginecológicas Doenças renais Doença intestinal	<b>PERIUMBILICAL</b> Apendicite (fase inicial) Obstrução intestinal Gastroenterite Isquemia mesentérica Aneurisma de aorta abdominal	<b>QUADRANTE INFERIOR ESQUERDO</b> Doença inflamatória intestinal Doenças ginecológicas Doenças renais Doenças intestinais
<b>DIFUSA</b> Gastroenterites Obstrução intestinal Peritonite Isquemia mesentérica Doença inflamatória intestinal Cetoacidose diabética Porfíria Uremia Intoxicação, crise falciforme	<b>SUPRA-PÚBICA</b> Doença inflamatória intestinal Doenças ginecológicas Doença colônica Doenças do trato urinário	

Quadro 1 – Doenças causadoras de dor abdominal aguda, listadas conforme a localização anatômica da dor  
 Fonte: Flasar e Goldberg (2006), adaptado por Duarte Neto (2011)

## 4.2 OS FUNDAMENTOS CLÍNICOS DO ABDOME AGUDO

Segundo Rocha e Andrade (1999, p. 309), “O termo abdômen agudo foi empregado mundialmente somente no século XIX”. Houve uma constante adequação evolutiva em relação ao conceito de abdome agudo, em decorrência do conhecimento histórico secular adquirido sobre essa síndrome, o que tem contribuído para o melhor manejo da enfermidade. De acordo com Alves (2005), há necessidade de uma equipe multidisciplinar (clínico geral, cirurgião geral e radiologista) integrada e experiente para abordagem dessa complexa síndrome, com múltiplas variedades etiológicas.

Rocha e Andrade (1999) caracterizaram o abdome agudo como uma síndrome complexa, de caráter progressivo, que tem na dor sua principal manifestação, e requer uma decisão e conduta imediata. É de ocorrência frequente nos serviços de urgência e emergência, devendo, portanto, ser de conhecimento de todos os emergencistas.

Em 2003, Meneghelli publicou artigo científico definindo o abdome agudo como “condição clínica caracterizada por dor abdominal, que se instala de forma aguda, à qual se associam, frequentemente, outras manifestações locais e gerais, e que podem ter extrema gravidade” (p. 283). Para esse autor, o tempo de duração da dor abdominal não deve ter limites para definição ou exclusão da possibilidade de se tratar de abdome agudo; outrossim, devem ser analisadas todas as variantes que podem interferir na progressão cronológica da doença.

Brunetti e Scarpelini (2007) descreveram essa complexa síndrome como “uma dor na região abdominal, não traumática, de aparecimento súbito e de intensidade variável associada ou não a outros sintomas. Geralmente com duração de horas até quatro dias, não ultrapassando sete dias. Em geral necessita de intervenção médica imediata, cirúrgica ou não” (p. 358).

Domingues (2004) chama a atenção para evolução fatal dos casos não identificados como abdome agudo (portanto, não tratados adequadamente), considerando como essencial uma abordagem rápida com diagnóstico preciso, como princípio para determinar um bom prognóstico e evitar sequelas. Entretanto, em “até 30% dos casos não se consegue chegar ao diagnóstico etiológico” (STEINMAN, M. et al., 2005, p. 22).

O Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória adotou como conceito para abdome agudo toda síndrome dolorosa aguda de origem abdominal, na qual a dor é seu sintoma cardinal, estando associada a manifestações gerais, cardiopulmonares e/ou do trato digestório. Pode ocorrer em pleno estado de saúde ou ainda como complicação de uma doença ou cirurgia, o que determina ao paciente a procura por serviço médico de urgência e emergência.

Didaticamente, o abdome agudo pode ser classificado como abdome agudo traumático e como abdome agudo não traumático (ALVES, 2005). O objeto desta dissertação, o abdome agudo não traumático, pode ser subclassificado em cinco síndromes, em função de suas características fisiopatológicas (fator fundamental para suspeição clínica): abdome agudo inflamatório, abdome agudo perfurativo, abdome agudo hemorrágico, abdome agudo obstrutivo e abdome agudo vascular (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007).

Notadamente, algumas afecções ginecológicas podem manifestar-se sob a forma de abdome agudo, sendo mais comuns os casos de abdome agudo inflamatório (doenças inflamatórias pélvicas agudas), abdome agudo hemorrágico (gravidez ectópica rota, cisto de ovário hemorrágico roto) e o abdome agudo vascular tipo isquêmico (torção de anexos uterinos) (MCWILLIAMS; HILL; DIETRICH, 2008; LAREAU; BEIGI, 2008; BARACAT; SOARES JÚNIOR; NICOLAU, 2004).

Outra particularidade recai sobre os pacientes portadores de câncer, 40% dos quais procuram por auxílio médico nos serviços de urgência e emergência em decorrência de dor abdominal aguda. Esses pacientes podem desenvolver a síndrome do abdome agudo secundário a sua enfermidade maligna de base, na sua grande maioria decorrente do abdome agudo obstrutivo e do abdome agudo perfurativo ou em virtude dos mesmos fatores em que está exposta uma população saudável (ILGEN; MARR, 2009).

O diagnóstico de abdome agudo está fundamentado na avaliação clínica do paciente. Seguindo os preceitos dessa avaliação, Meneghelli (2003) afirma que “a precisão e a rapidez do diagnóstico são importantes, porque o abdômen agudo traduz, em geral, uma situação grave, muitas vezes com risco de vida, que exige tratamento imediato, o qual será tanto mais efetivo quanto mais cedo for instituído” (p. 283).

Torrez e Triviño (2004) afirmam que o paciente portador de abdome agudo pode receber durante seu tratamento um manejo clínico e/ou cirúrgico; entretanto, “costuma exigir, em proporção expressiva de casos, tratamento cirúrgico de urgência ou emergência” (SAVASSI-ROCHA; SANCHES; FAHEL, 2008, p. 3).

Segundo Schuster, Davis e Rosenbaum (2009), há necessidade de um rápido preparo para as cirurgias de urgência e emergência, com adequado controle das comorbidades apresentadas pelos pacientes, além dos distúrbios decorrentes da enfermidade subjacente (abdome agudo), notadamente a sepse.

A sepse secundária à infecção intra-abdominal é a segunda causa de mortalidade nas unidades de tratamento intensivo, o que torna fundamental um diagnóstico rápido do seu fator predisponente, possibilitando um adequado manejo desses pacientes (SOLOMKIN; MAZUSKI, 2009).

#### **4.2.1 A síndrome inflamatória**

O abdome agudo inflamatório é o subtipo mais comum entre os demais, responsável por cerca de 15% das causas de dor abdominal aguda atendidas nos serviços de urgência e emergência, sendo decorrente de processo inflamatório e/ou infeccioso localizado em vísceras abdominais (ALVES, 2005). Caracteriza-se por uma dor aguda de evolução gradual, o que determina ao paciente, de uma maneira geral, a procura por serviço médico de urgência e emergência num período compreendido entre 12 a 36 horas do início da dor (TORREZ; TRIVIÑO, 2004).

Um dado importante em relação à característica da dor abdominal é que sua intensidade nem sempre é proporcional à gravidade da doença subjacente, tampouco sugere tratamento cirúrgico (TORREZ; TRIVIÑO, 2004).

O diagnóstico clínico da síndrome do abdome agudo está pautado por elementos semiológicos presentes nas queixas (anamnese) dos pacientes. Em associação à dor abdominal aguda, é frequente a presença de hiporexia, náuseas, vômitos, febre que se exarceba nas fases avançadas das doenças, alteração do hábito intestinal tanto para constipação quanto para diarreia. Sintomas

urinários como disúria e polaciúria também podem estar associados à dor abdominal aguda, o que dificultaria ainda mais o diagnóstico clínico (TORREZ; TRIVIÑO, 2004).

Serão apresentadas, a seguir, algumas das diversas causas de abdome agudo inflamatório, “sendo as mais frequentes a apendicite aguda, a colecistite aguda, a pancreatite aguda e a diverticulite” (TORREZ; TRIVIÑO, 2004, p. 51).

A *Apendicite Aguda* é a causa mais frequente de abdome agudo inflamatório, “sendo, provavelmente, a doença cirúrgica mais comum do abdome” (TORREZ; TRIVIÑO, 2004, p. 53). “O risco de se desenvolver apendicite ao longo da vida é em torno de 7%” (GALVÃO, 2005b, p. 103), com incidência, principalmente, entre a segunda e a terceira décadas, com pequena predominância para o sexo masculino (CARDOSO-JÚNIOR et al., 2008; FLASAR; GOLDBERG, 2006; GALVÃO, 2005b; TORREZ; TRIVIÑO, 2004). “Acredita-se que a sua principal causa seja a obstrução da luz do apêndice, seguida da inflamação, infecção secundária e necrose evoluindo para a perfuração do órgão” (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007, p. 364).

Lorenz Heister, em 1711, fez a primeira descrição de um caso de apendicite aguda durante a necrópsia de um criminoso. Coube ao cirurgião Claudius Amyand, no ano de 1736, a realização da primeira apendicectomia num menino de 11 anos que desenvolveu um quadro de apendicite aguda necrosante, em apêndice localizado numa hérnia inguinal. Em 1886, Reginald Fitz descreveu o quadro clínico da apendicite aguda, o qual, até os dias de hoje, é considerado a pedra angular na avaliação diagnóstica do paciente com dor abdominal aguda, e também descreveu a importância do seu tratamento precoce (CARDOSO-JÚNIOR et al., 2008; FLASAR; GOLDBERG, 2006; GALVÃO, 2005b; TORREZ; TRIVIÑO, 2004).

Para Galvão (2005b), “não há um único sinal ou sintoma que seja patognomônico da apendicite, no entanto a combinação de alguns deles torna o diagnóstico altamente sugestivo” (p. 104). A dor abdominal é o principal sintoma da apendicite aguda; portanto, é de extrema importância conhecer suas características. Sua apresentação clássica fundamenta-se em sua fase inicial, por possuir um caráter mal definido, uma sensação de desconforto, com localização epigástrica ou mesogástrica e com migração para a fossa ilíaca direita após as primeiras 12/24 horas, tornando-se mais evidente, de moderada intensidade e podendo estar associada à hiporexia/anorexia, náuseas, vômitos, febre usualmente baixa e alteração do hábito intestinal para constipação ou

diarreia (CARDOSO-JÚNIOR et al., 2008; FLASAR; GOLDBERG, 2006; GALVÃO, 2005b; TORREZ; TRIVIÑO, 2004).

Variações na localização da dor abdominal podem ocorrer na dependência da localização anatômica do apêndice vermiforme, o que pode mimetizar outras doenças abdominais, tais como colecistite aguda, pielonefrites, doenças genitourinárias. Nos casos de doença avançada (nas fases de perfuração do apêndice com peritonite), é comum a presença de febre alta (39°C a 40°C) e outros demais sinais de alerta que demonstram a presença de sepse (CARDOSO-JÚNIOR et al., 2008; FLASAR; GOLDBERG, 2006; GALVÃO, 2005b; TORREZ; TRIVIÑO, 2004). A apresentação típica da apendicite aguda (dor epigástrica com migração para a fossa ilíaca direita, associada à hiporexia, náuseas, vômitos e febre baixa), descrita inicialmente por Murphy, “pode estar presente em apenas 50% dos casos de apendicite aguda”, conforme Cardoso-Júnior et al. (2008, p. 209), ou 66%, conforme dados americanos sublinhados por Flasar e Goldberg (2006).

Nas crianças, o quadro clínico é atípico, caracterizado por dor abdominal associada à febre alta, letargia, vômitos intensos e diarreia. Nos idosos, assim como nas crianças a doença é de apresentação clínica atípica, de difícil diagnóstico, o que pode causar retardo do diagnóstico acarretando evoluções desastrosas, com peritonites fecais, abscessos intra-abdominais e sepse, com altos índices de morbimortalidade. Nestes pacientes, a dor abdominal aguda é mais insidiosa, hiporexia é sinal importante, e a febre está raramente presente. As gestantes também podem apresentar episódio de apendicite aguda, mais frequente nos primeiros dois trimestres de gestação, possuindo a doença um diagnóstico de difícil execução dada a semelhança entre os sintomas da apendicite com as alterações fisiológicas próprias da gestação. O desafio de diagnóstico também é grande nos pacientes imunodeprimidos, pois é comum a ocorrência de quadros clínicos atípicos (CARDOSO-JÚNIOR et al., 2008; LYON; CLARK, 2006; FLASAR; GOLDBERG, 2006).

Desde os anos 1960, tem-se observado uma redução dos índices de mortalidade por apendicite aguda, principalmente devido aos avanços na técnica operatória e anestesia, ao advento dos antibióticos, das terapias nutricionais e da reposição volêmica, pontos cruciais para o tratamento da sepse, além do suporte intensivo nas Unidades de Terapia Intensiva. “Há que se ressaltar, no entanto, que modernamente a mortalidade residual tem sido imputada ao diagnóstico tardio” (GALVÃO, 2005b, p.103), portanto, há de se ter um compromisso de buscar métodos capazes de

apurar o diagnóstico precoce, conforme o método clínico-laboratorial apresentado por Alvarado (GOLDMAN et al., 2008; GALVÃO, 2005b; BORGES; LIMA; FALBO NETO, 2003).

Entre as causas de abdome agudo inflamatório, a *Colecistite Aguda* é a entidade cirúrgica de maior prevalência que atinge a população dos países industrializados. O termo “colecistite aguda” define o desenvolvimento de um processo de inflamação química da vesícula biliar resultante da obstrução do infundíbulo ou do ducto cístico, que, em 95% das vezes, decorre da presença de litíase (cálculo) biliar. A infecção pode sobrevir como complicação em 50% a 80% dos casos, mas não é o determinante inicial, ocorrendo após 72 horas de evolução (AMARAL; MAGALHÃES NETO, 2008; ELWOOD, 2008; GALVÃO, 2005a; TORREZ; TRIVIÑO, 2004; COELHO; CAMPOS, 2001).

Cerca de 10% a 20% da população irá desenvolver cálculo biliar ao longo da vida, incidência que aumenta com a idade, sendo três vezes mais comum nas mulheres em relação aos homens. Considerando que a população do Brasil com idade superior a 20 anos (idade onde se começa a observar a presença de cálculos) corresponde a 87 milhões de pessoas, estima-se que 8 milhões de brasileiros apresentam litíase biliar (COELHO; CAMPOS, 2001). “De todos os indivíduos que possuem cálculos biliares, 1% a 3% desenvolvem colecistite” (ELWOOD, 2008, p. 1242). “O perfil do paciente portador de colecistite aguda é representado por uma mulher obesa, com mais de 40 anos, freqüentemente múltípara, que apresenta colelitíase e em geral tem antecedentes de cólica biliar” (GALVÃO, 2005a, p. 56).

Cerca de 10% dos pacientes portadores de colecistite aguda apresentam complicação da doença, como colecistite empiematosa, perfuração da vesícula biliar com peritonite bloqueada ou generalizada, abscesso hepático, fístulas, podendo elevar a mortalidade, que gira em torno de 2,5% a 8%, para 25% (AMARAL; MAGALHÃES NETO, 2008; ELWOOD, 2008; GALVÃO, 2005a). “A primeira descrição de inflamação aguda da vesícula biliar foi relatada em 1733, por Petit, o qual realizou a drenagem de secreção purulenta da mesma através de um trocarte” (AMARAL; MAGALHÃES NETO, 2008, p. 226).

A dor é a principal manifestação da colecistite aguda, sendo desencadeada pela ingestão de alimentos colecistocinéticos (alimentos que possuem alto teor de lipídios em sua composição), os quais provocam a contração da vesícula biliar para a eliminação da bile (função de dissolução

dos lipídios) e, por conseguinte, deslocamento de cálculos. Caracteriza-se por ser, inicialmente, do tipo cólica em virtude da obstrução intermitente do infundíbulo ou ducto cístico por cálculos biliares. É, nessa fase, de localização epigástrica, assumindo a forma de contínua, como consequência do processo inflamatório desencadeado pela obstrução mantida das estruturas supracitadas, e tomando localização no hipocôndrio direito. Há tendência de irradiação da dor para a região do dorso, região escapular ou difusamente, sugerindo esta a evolução para os casos complicados de colecistite aguda. Classicamente, na colecistite aguda, a dor é de característica persistente, perdurando por mais de 6 horas, mesmo após o uso de analgésicos, podendo a piora de a dor abdominal ser desencadeada pela própria inspiração profunda (AMARAL; MAGALHÃES NETO, 2008; GALVÃO, 2005a; TORREZ; TRIVIÑO, 2004; COELHO; CAMPOS, 2001).

Frequentemente, a dor abdominal associa-se a quadros de hiporexia/anorexia, náuseas, vômitos biliosos e febre baixa (38°C), exceto quando há presença de complicações, em que pode temperatura corporal chegar a até 40°C, estando associada a episódios de calafrio. De acordo com Galvão (2005, p. 57), “Cerca de 15% dos pacientes apresentarão icterícia” (AMARAL; MAGALHÃES NETO, 2008; GALVÃO, 2005a; TORREZ; TRIVIÑO, 2004; COELHO; CAMPOS, 2001).

A ***Pancreatite Aguda***, que constitui também uma causa do abdome agudo inflamatório, é definida como uma condição inflamatória aguda do pâncreas, de caráter reversível, com acometimento variável do pâncreas, das estruturas peripancreáticas e órgãos a distância, a depender do nível de ativação das enzimas intrapancreáticas que causarão um processo de autodigestão da glândula. Portanto, quando a ativação enzimática é mínima, a doença apresenta apenas um componente inflamatório do tecido pancreático, com mínima disfunção orgânica, manifestando-se de forma extremamente benigna, com resolução em torno de 72 horas, e acarretando baixas taxas de mortalidade, geralmente inferiores a 2%. Esses casos de pancreatite foram definidos, no Simpósio Internacional de Atlanta, em 1992, como pancreatite aguda branda, respondendo por cerca de 80% a 90% dos casos (AMARAL; GALVÃO, 2008; CAPPELL, 2008; GALVÃO, 2005c; TORREZ; TRIVIÑO, 2004; SANTOS et al. 2003; MANSO; RENTEIRA; EULÁLIO, 2000).

Quando, entretanto, a ativação enzimática é severa, a pancreatite aguda assume a sua forma mais letal, apresentando, além do componente inflamatório, a presença de necrose da glândula e dos tecidos adjacentes, o que pode ser agravado por processos infecciosos, isquêmicos, perfurativos e hemorrágicos dos tecidos circunvizinhos e a distância, comportando-se como uma doença multissistêmica, que causa a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS), a qual cursa com altas taxas de mortalidade, que variam de 20% a 70%. Esse tipo de pancreatite foi definido como pancreatite aguda severa, respondendo por cerca de 10% dos casos (AMARAL; GALVÃO, 2008; CAPPELL, 2008; GALVÃO, 2005c; TORREZ; TRIVIÑO, 2004; SANTOS et al. 2003; MANSO; RENTEIRA; EULÁLIO, 2000).

Concluimos, portanto, que um diagnóstico precoce associado à distinção entre as duas formas de apresentação da doença – pancreatite aguda branda ou severa – é a pedra angular para a terapia adequada e definição do prognóstico dos pacientes (AMARAL; GALVÃO, 2008; CAPPELL, 2008; GALVÃO, 2005c; TORREZ; TRIVIÑO, 2004; SANTOS et al. 2003; MANSO; RENTEIRA; EULÁLIO, 2000).

Varias são as etiologias da pancreatite aguda, sendo as duas principais causas “a passagem de cálculo pelo ducto biliar comum e o excesso de ingestão alcoólica, que juntos, correspondem a aproximadamente 80% dos casos” (SANTOS et al., 2003, p. 267). “Opie descreveu a associação dessa afecção com litíase biliar em 1901. Dezesesseis anos depois, Symmers estabeleceu o álcool como importante fator patogênico” (AMARAL; GALVÃO, 2008, p. 234).

Nem sempre o diagnóstico clínico, laboratorial e de imagem da pancreatite aguda é factível. Não há quadro patognomônico da doença; entretanto, os indivíduos, geralmente, são da faixa etária de 30 a 60 anos, apresentam como sintoma cardinal a dor abdominal de início repentino, sem pródromos, localizada em região epigástrica, com irradiação para flancos, região dorsal ou ainda irradiando-se difusamente para todo o abdome. A dor, de característica constante, tem intensidade variável, sendo precipitada pela ingestão abusiva de álcool ou alimentos colecistocinéticos e aliviada pela posição de decúbito lateral com flexão da coxa sobre o abdome ou com a posição genupeitoral, denominada de prece Maometana (AMARAL; GALVÃO, 2008; CAPPELL, 2008; GALVÃO, 2005c; TORREZ; TRIVIÑO, 2004; SANTOS et al. 2003; MANSO; RENTEIRA; EULÁLIO, 2000; PORTO, 1996).

Em associação à dor abdominal, estão presentes hiporexia, náuseas e vômitos persistentes, febre que significa, nessa fase inicial, produtos de lesão tecidual lançados na circulação, e, mais raramente, icterícia (AMARAL; GALVÃO, 2008; CAPPELL, 2008; GALVÃO, 2005c; TORREZ; TRIVIÑO, 2004; SANTOS et al. 2003; MANSO; RENTEIRA; EULÁLIO, 2000; PORTO, 1996).

Outra causa frequente de abdome agudo inflamatório é a *Diverticulite Aguda* dos cólons, um termo consagrado na literatura médica para designar a inflamação aguda de um ou mais divertículos colônicos, geralmente decorrente da impactação de um fecalito no nível do colo diverticular. É considerada uma doença que pode apresentar-se sob forma amena ou complicada, com perfuração, com formação de abscessos intra-abdominais, com obstrução intestinal aguda, com desenvolvimento de fístulas intestinais, e até mesmo com acarretamento de situações emergenciais catastróficas, tais como a peritonite fecal difusa, o que torna mandatório o diagnóstico precoce dos pacientes que procuram por serviços médicos de urgência e emergência com dor abdominal aguda, prevenindo-se assim essas complicações (DIAS; GONDIM; NAHAS, 2009).

A doença diverticular dos cólons “foi descrita pela primeira vez por Cruveilhier, em 1849”, (FERRAZ; LACOMBE, 2000, p. 403) caracterizando-se por ser uma doença adquirida, acometendo especificamente a civilização ocidental, pois está relacionada diretamente com os hábitos alimentares da vida moderna do Ocidente – ausência de fibra na dieta (KEIGHLEY; WILLIAMS, 1998). “A prevalência em alguns países da África e da Ásia, onde a ingestão de fibra é elevada, é inferior a 0,2%” (REGADAS et al., 2008, p. 253).

A moléstia pode acometer todo o cólon, porém é mais frequente no cólon sigmóide. Acomete, de forma igual, ambos os sexos, sendo uma doença prevalente em idosos: ocorre em 30% dos indivíduos com mais de 60 anos e em 60% dos indivíduos com mais de 80 anos de idade (DIAS; GONDIM; NAHAS, 2009). Portanto, como vivemos numa era em que há aumento da população idosa mundial, “espera-se que a doença diverticular e suas complicações representem uma porcentagem cada vez maior do atendimento do cirurgião, tanto em consultório como em emergência” (DIAS; GONDIM; NAHAS, 2009, p. 363). “Estima-se que 10-25% dos pacientes com diverticulose cólica evoluirão com diverticulite, sendo que 95% das vezes essa complicação

ocorrerá no sigmóide. Destes, um quarto evoluirá com complicações potencialmente ameaçadoras à vida” [...] (DIAS; GONDIM; NAHAS, 2009, p. 363).

De forma similar à de outras síndromes abdominais agudas, a dor abdominal aguda é o sintoma cardinal da diverticulite aguda. Localiza-se, logo do início dos sintomas na fossa ilíaca esquerda, podendo se irradiar para a região dorsal esquerda ou região hipogástrica, de característica contínua ou em cólica, podendo ser agravada pela ingestão de alimentos e aliviada pela evacuação ou simples eliminação de flatos. A dor está associada a sintomas gerais como hiporexia/anorexia, adinamia, febre (quando alta, sugere complicação como peritonite fecal difusa), sintomas gastrintestinais, como náuseas e alteração do hábito intestinal para constipação ou diarreia, e sintomas urinários, tais como disúria e polaciúria, decorrentes de processo inflamatório contíguo às vias urinárias (TORREZ; TRIVIÑO, 2004; REGADAS et al., 2008). Ferraz e Lacombe (2000) sublinham que a apresentação clínica da diverticulite aguda “em pacientes muito jovens (abaixo de 50 anos), é mais severa do que nos idosos” (p. 406).

#### **4.2.2 A síndrome perforativa**

O abdome agudo perforativo decorre de perfuração de víscera oca abdominal, com conseqüente extravasamento de ar e de secreção digestiva contida no trato gastrintestinal, desencadeando um dramático processo emergencial de caráter inflamatório/infeccioso que necessitará geralmente de cirurgia de emergência, e que atinge índice de mortalidade em torno de 8 a 10% (LANGELL; MULVIHILL, 2008; ALVES, 2005; RASSLAN; MORICZ, 2004).

A perfuração não traumática das vísceras ocas pode ocorrer devido a processos inflamatórios, tais como nas úlceras pépticas e doenças inflamatórias intestinais (notadamente a doença de Crhon), devido à infecção do aparelho digestivo, como ocorre nas infecções por salmonelas, citomegalovírus e na tuberculose intestinal, e devido a processos neoplásicos (ALVES, 2005; RASSLAN; MORICZ, 2004).

De um modo geral, a queixa do paciente está centrada na dor abdominal aguda. Há um curto intervalo de tempo entre o início da dor abdominal até a procura por um serviço médico de

urgência e emergência, não ultrapassando as primeiras 12 horas do início do evento perfurativo. A intensidade e a gravidade do quadro clínico são diretamente proporcionais ao local, ao tamanho e ao tempo de evolução da perfuração, além do tipo e da quantidade de secreção extravasada e das condições clínicas do indivíduo. A dor abdominal geralmente é de caráter súbito, marcante, de forte intensidade, com rápida irradiação para todo o abdome, determinando piora com a movimentação. Está geralmente associada à hiporexia/anorexia, febre, náuseas, vômitos e alteração do hábito intestinal para constipação ou diarreia (STEINMAN et al., 2005; RASSLAN; MORICZ, 2004).

A *Úlcera Péptica* (gástrica ou duodenal) complicada com perfuração é a principal causa da síndrome do abdome agudo perfurativo. “As perfurações duodenais são as mais frequentes do trato gastrointestinal, resultantes, em 75% dos casos, de úlcera duodenal crônica, frequentemente associada ao *Helicobacter pylori*” (TINOCO, 2008, p.325). Entretanto, as úlceras agudas decorrentes de agressão à mucosa gastroduodenal devido à ingestão de álcool ou medicamentos (em especial os anti-inflamatórios não hormonais, os corticoides e o ácido acetilsalicílico – AAS) também podem perfurar, causando a síndrome do abdome agudo perfurativo (RASSLAN; MORICZ, 2004).

Os primeiros relatos sobre uma doença ulcerosa foram descritos por Hipócrates (460-370 a.C.), sendo retomado o seu estudo somente à época da Renascença, quando, por meio da prática de dissecação de cadáveres, foi possível identificar a úlcera gastroduodenal (TINOCO, 2008; CHINZON et al., 2004).

O primeiro caso de úlcera perfurada de que se tem notícia foi descrito em 1570, na Inglaterra. Tratava-se da filha do rei Carlos I, que acabou falecendo horas após o início dos sintomas, e cuja necropsia revelou tratar-se de peritonite difusa além de um orifício situado na parede anterior do estômago (LOPES FILHO et al., 2004, p. 479).

No final do século XIX, a lesão ulcerosa recebeu a denominação de úlcera péptica. Esta ocorre devido a um desequilíbrio entre os fatores agressores e protetores da mucosa gastroduodenal, causando erosões profundas que atravessam a camada muscular da mucosa quando há predominância dos fatores agressores (TINOCO, 2008; CHINZON et al., 2004).

Dados da literatura médica apontam para uma diminuição na incidência da doença ulcerosa péptica assim como para uma redução nas suas principais complicações (perfuração, estenose e

sangramento), a partir de meados do século XX, fato decorrente da melhoria das condições socioeconômicas das populações e do combate aos fatores agressores da mucosa gastroduodenal, tais como o uso sistemático de inibidores da bomba de prótons e a erradicação do *Helicobacter pylori* (TINOCO, 2008; CHINZON et al., 2004).

As lesões ulcerosas ocorrem mais no sexo masculino, e, no Ocidente, é mais comum sua localização duodenal, comprometendo principalmente pessoas jovens, enquanto, no Oriente, sua localização gástrica ocorre de forma mais frequente, principalmente em pessoas maiores de 40 anos. “Nos últimos anos houve aumento gradual do número de idosos com essa complicação” [...] “20 a 40% dos portadores de úlcera são indivíduos com idade avançada” (LOPES FILHO et al., 2004, p. 479), portanto susceptíveis ao desenvolvimento de abdome agudo perfurativo, fato que merece importante consideração durante o atendimento médico nos serviços de urgência e emergência, com o intuito de realização do diagnóstico e tratamento precoce (TINOCO, 2008; CHINZON et al., 2004).

No Brasil, Ferraz e Wanderley, citados por Lopes Filho et al. (2004), afirmaram que as úlceras perfuradas predominam no sexo masculino, na faixa etária de 40 a 50 anos, e em 2/3 dos casos apresentam localização duodenal, comumente na parede anterior da sua primeira porção. Segundo Lopes Filho et al. (2004), a incidência de perfuração é de 4 a 10 casos por 100.000 habitantes/ano, possuindo um “certo biorritmo no decorrer do dia, com maior incidência de perfuração durante o dia” (p. 480).

A apresentação clínica do abdome agudo perfurativo decorrente de úlcera péptica perfurada tem na dor abdominal aguda sua principal manifestação. A dor possui caráter de início súbito e piora progressiva, localizada inicialmente na região epigástrica, com irradiação para todo o abdome e ombros, nos casos de perfuração com extravasamento de ar e líquidos para toda a cavidade abdominal (forma mais frequente de apresentação), sendo do tipo facada, de forte intensidade, e se agravando com a movimentação, forçando o doente a permanecer em posição antálgica. Nessa fase, a dor associa-se à hiporexia/anorexia, náuseas, vômitos, febre baixa e alteração do hábito intestinal para constipação (TINOCO, 2008; LOPES FILHO et al., 2004).

### 4.2.3 A síndrome hemorrágica

O abdome agudo hemorrágico é uma rara síndrome, caracterizada por uma hemorragia intra-abdominal espontânea, incidindo em 2% dos pacientes que procuram por serviço médico de urgência e emergência. Nesta síndrome, excluem-se os casos de hemorragia decorrente de trauma abdominal e de hemorragia do trato gastrointestinal. Diferentemente dos demais subtipos de abdome agudo, este não apresenta, na evolução de sua história natural da doença, o desfecho em Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS) e Sepsis; entretanto, apresenta-se com quadros de choque hemorrágico, tão letais quanto os inflamatórios/infecciosos ou mais letais que estes. De acordo com Utiyama e Birolini (2004), as síndromes de abdome agudo hemorrágico apresentam “taxas de mortalidade de 40% nos pacientes não-operados e de 100% nos operados sem identificação do foco hemorrágico” (p. 129).

Existem diversas causas de hemorragia intra-abdominal não traumática, sendo as mais frequentes as relacionadas ao grupo das doenças ginecológicas, principalmente a gravidez ectópica rota e o cisto de ovário hemorrágico roto, e as menos frequentes, as rupturas espontâneas das vísceras abdominais parenquimatosas, como as rupturas do baço e do fígado, estando ou não o órgão acometido por alguma enfermidade (UTIYAMA; BIROLINI, 2004).

A dor abdominal aguda é, também no abdome agudo hemorrágico, o sintoma cardinal, sendo detentora de características peculiares à sua doença subjacente e estando associada a manifestações clínicas de hipovolemia decorrente de perda sanguínea, o que caracteriza o choque hemorrágico. As características da dor abdominal estão diretamente relacionadas ao padrão de perda sanguínea. Nos pequenos sangramentos, a dor abdominal súbita tende, de início, a ser benigna, e, nos casos de parada do sangramento, a dor poderá até mesmo cessar espontaneamente. Nos casos em que a perda sanguínea se torna contínua, a dor abdominal se instala de forma progressiva e aumenta gradativamente de intensidade, tornando-se difusa com a evolução da doença e sendo acompanhada de sinais e sintomas de choque hemorrágico (UTIYAMA; BIROLINI, 2004).

Nas fases iniciais do choque hemorrágico, o paciente se encontra em estado de ansiedade devido à diminuição do fluxo sanguíneo cerebral, evoluindo para o estado de inconsciência nas perdas

sanguíneas superiores a dois litros de sangue. Em associação, apresenta-se com palidez cutâneo-mucosa, com aumento da frequência cardíaca e respiratória, com hipotensão arterial e com diminuição da diurese, todos em proporcionalidade com a volemia perdida (UTIYAMA; BIROLINI, 2004).

A *Gravidez Ectópica* ocorre quando o óvulo fertilizado se implanta fora da cavidade uterina, em qualquer lugar da cavidade abdomino-pélvica, sendo mais frequente a implantação nas trompas uterinas (LEITE; PRATES, 2008; MATTAR, 2004). Isto decorre principalmente dos processos inflamatórios que acometem as trompas de Falópio, notadamente as salpingites agudas, que, ao longo do tempo, vão provocar áreas de estreitamento intraluminal, dificultando a navegação do óvulo fecundado ao longo de seu percurso natural (MCWILLIAMS; HILL; DIETRICH, 2008).

Sua evolução natural é demarcada pela ruptura da trompa uterina, o que geralmente, ocorre entre a sétima e oitava semanas de gestação, com conseqüente hemorragia intra-abdominal, na maioria das vezes aguda e intensa, colocando a paciente em estado de choque hemorrágico e risco de vida. Nos países desenvolvidos, a gravidez ectópica rota “é responsável por 75% das mortes no primeiro trimestre da gestação e por, aproximadamente, 9% a 13% da mortalidade materna geral” (LEITE; PRATES, 2008, p. 366). Entretanto, a incidência de rotura vem diminuindo nos últimos anos em decorrência do diagnóstico e tratamento precoce da gravidez ectópica (MATTAR, 2004; LEITE; PRATES, 2008). “Estima-se que o risco de gravidez ectópica na população seja de 1:3.000 gestações. Se a paciente submeter-se a procedimentos para fertilização assistida, o risco passa a ser de 1:95” (BARACAT; JÚNIOR; NICOLAU, 2004, p. 173).

A tríade clássica da gravidez ectópica ocorre em 50% das gestantes, sendo composta por dor abdominal, atraso menstrual e sangramento vaginal. A dor abdominal aguda se torna persistente, de localização em região hipogástrica e fossas ilíacas direita ou esquerda, do tipo cólica. Quando há ruptura da trompa, a paciente pode apresentar melhora parcial da dor, decorrente da cessação do estiramento do peritônio visceral tubário; entretanto o sangue extravasado para a cavidade abdomino-pélvica irá provocar instabilidade dos sinais vitais, além de irritação peritoneal e desencadeamento de dor abdominal, podendo esta ser referida no ombro ou região escapular decorrente da irritação diafragmática pelo hemoperitônio, sinal classicamente chamado de Laffont, sugerindo sinal indireto de ruptura de gravidez ectópica. Associados à dor abdominal

aguda, somam-se hiporexia, adinamia, náuseas e vômitos, além dos sinais clássicos de hipovolemia aguda (LEITE; PRATES, 2008; MATTAR, 2004).

Os *Cistos de Ovário Funcional* podem sangrar em decorrência de um aumento da vascularização ovariana, que tem início dois a quatro dias após a ovulação, podem reabsorver esse sangramento ou romper-se para a cavidade abdomino-pélvica, provocando hemoperitônio (MCWILLIAMS; HILL; DIETRICH, 2008; BARACAT; JÚNIOR; NICOLAU, 2004). “Sete por cento das mulheres assintomáticas, na pré-menopausa, têm cistos ovarianos maiores que 25mm e 7% das mulheres na pós-menopausa têm cistos maiores que 15mm” (SILVA; GÉO; LARANJEIRA, 2008, p. 374).

A dor abdominal aguda pode ocorrer em consequência da ruptura de um cisto folicular, notadamente no meio do ciclo menstrual, da ovulação, na conhecida síndrome de Mittelschmerz, ou em consequência de sangramento de cistos de corpo lúteo, notadamente após o meio do ciclo menstrual. A dor se localiza em região hipogástrica e/ou nas fossas ilíacas direita ou esquerda, estando associada a sintomas gerais, tais como hiporexia, e a sintomas gastrointestinais, como náuseas, vômitos e diarreia (MCWILLIAMS; HILL; DIETRICH, 2008).

#### **4.2.4 A síndrome obstrutiva**

A síndrome do abdome agudo obstrutivo, causada pela obstrução intestinal aguda, é uma importante enfermidade causadora de dor abdominal aguda que conduz o paciente à procura por serviços médicos de emergência, correspondendo a 20% das internações cirúrgicas. A obstrução intestinal ocorre quando há impedimento à progressão do conteúdo gastro-duodeno-intestinal de forma habitual. Ela pode ser decorrente de processos obstrutivos mecânicos (barreiras anatômicas físicas) ou de processos de alteração da motilidade do tubo gastrintestinal (barreiras metabólicas e motoras) (SAVASSI-ROCHA; ALMEIDA; SANCHES, 2008; VALLE, 2005; LOPES FILHO; FERRARO, 2004).

A obstrução intestinal mecânica decorre de obstáculos mecânicos que impedem a progressão do trânsito luminal, de forma parcial ou completa. Esses obstáculos podem ser de localização

intraluminal, como nos casos de cálculos biliares, bolo de áscaris, fecaloma, corpo estranho, ou de localização extraluminal, tais como as causadas por tumores colônicos, hematomas, estenoses cicatriciais, processos inflamatórios (doença de Crohn) e infecciosos (tuberculose), intussuscepção, aderências e bridas, hérnias, carcinomatose, vólvulos, abscessos intra-abdominais (SAVASSI-ROCHA; ALMEIDA; SANCHES, 2008; VALLE, 2005; LOPES FILHO; FERRARO, 2004).

A obstrução intestinal decorrente de alteração da motilidade intestinal é classicamente denominada de íleo funcional, íleo adinâmico ou íleo paralítico. Constitui a enfermidade mais frequente, pois, também, ocorre após cirurgias da cavidade abdominal e até mesmo após cirurgias extra-abdominais (SAVASSI-ROCHA; ALMEIDA; SANCHES, 2008; VALLE, 2005; LOPES FILHO; FERRARO, 2004).

As obstruções intestinais podem ocorrer em qualquer faixa etária, possuindo uma significativa relação de causa-idade, como citado por Lopes Filho e Ferraro (2004): no neonato são consideradas causas de obstrução intestinal as atresias, o vólvulo, o íleo meconial, a imperfuração anal e a doença de Hirschsprung; nos lactentes ocorrem devido à intussuscepção, hérnias e complicações relacionadas ao divertículo de Meckel; no adulto jovem, devido às aderências, hérnias e doença de Crohn; nos idosos, aparecem como consequência principal das neoplasias, porém também em decorrência de aderências, hérnias e fecaloma.

Cerca de 80% de todas as obstruções decorrem, em primeiro lugar, de aderências, em segundo lugar, das hérnias inguinais complicadas e, por último, das neoplasias intestinais (LOPES FILHO; FERRARO, 2004). São mais frequentes (60% a 80%) as obstruções de delgado (VALLE, 2005).

A dor abdominal aguda é o sintoma que predomina no quadro clínico, assim como nas demais síndromes do abdome agudo, associando-se de maneira peculiar a náuseas e vômitos, parada de eliminação de gases e fezes, e a distensão abdominal. A dor, inicialmente visceral, se caracteriza por ser de início abrupto, do tipo em cólica, sendo em geral intensa, provocada por distensão, isquemia ou espasmo da musculatura da parede intestinal, na tentativa de vencer a causa obstrutiva. De localização mal definida e difusa, tem predominância no local subjacente à obstrução: região superior do abdome, nas obstruções intestinais altas (estenose pilórica, tumores

duodenais, tumores periampulares, no pinçamento aórtico-mesentérico), associando-se a náuseas e vômitos precoces, de conteúdo gastro-duodeno-pancreato-biliar, com permanência da eliminação do conteúdo intestinal distal à obstrução, sem significativa distensão abdominal; região periumbilical, nas obstruções do intestino delgado (bridas e aderências, hérnias encarceradas, bolo de áscaris, estenoses inflamatórias, tumores e carcinomatoses), associando-se a náuseas e vômitos de conteúdo entérico, com presença de eliminação do conteúdo intestinal distal ao ponto de obstrução, com distensão abdominal tão significativa quanto mais distal for a obstrução do intestino delgado; região hipogástrica, nas obstruções do intestino grosso (hérnias encarceradas, corpos estranhos empalados pelo anus, intussuscepção, vólculo de cólon, fecaloma, estenoses inflamatórias e tumores de cólon e reto), associando-se a náuseas e vômitos tardios, de conteúdo fecalóide ou fecal, exceto nas obstruções intestinais em alça fechada (comum nos casos em que a válvula ileocecal é competente, situação que impõe uma resolução emergencial, haja vista o risco potencial de ruptura cecal e peritonite fecal), com significativa distensão abdominal associada à hipertensão abdominal. A evolução da doença torna a dor de característica somática, ou seja, de localização precisa, de caráter contínuo, demonstrando irritação do peritônio parietal, sinal de mal prognóstico, muito sugestivo de comprometimento do fluxo sanguíneo intestinal (SAVASSI-ROCHA; ALMEIDA; SANCHES, 2008; LOPES FILHO; FERRARO, 2004; SILVA, 1999).

#### **4.2.5 A síndrome vascular**

A síndrome do abdome agudo vascular é a forma mais rara de apresentação deste grupo de enfermidades. Entretanto, é considerada a doença mais agressiva e letal presente nos pacientes com dor abdominal aguda que procuram por serviço médico de urgência e emergência, pois seu diagnóstico e seu tratamento são feitos em situações tardias, apesar da atual compreensão sobre sua história natural, em detrimento de realização de exames de alta complexidade (nem sempre conclusivos) e suporte clínico pré-operatório prolongado, o que determina evolução da doença para seu estágio final com necrose intestinal maciça associada a sepse e a falência de múltiplos

órgãos, ou com sangramento associado a choque hemorrágico e a falência de múltiplos órgãos (SHANLEY; WEINBERGER, 2008).

Quando uma catástrofe abdominal está presente num paciente, possivelmente decorrente de um abdome agudo vascular, a suspeita clínica é o melhor determinante para o manejo adequado desse enfermo, considerada a chave do sucesso, a qual garante a instituição eminente do tratamento operatório (SHANLEY; WEINBERGER, 2008).

De acordo com Shanley e Weinberger (2008), o grupo de enfermidades componentes da síndrome do abdome agudo vascular pode ser subdividido em duas grandes síndromes consequentes à isquemia ou à hemorragia, caracterizando o abdome agudo vascular isquêmico (representado pela isquemia mesentérica aguda, dissecação aórtica, colite isquêmica) e o abdome agudo vascular hemorrágico (representado pelo aneurisma roto de aorta abdominal e aneurismas rotos de artérias viscerais).

A **Isquemia Mesentérica Aguda (IMA)** é a principal causa do abdome agudo vascular isquêmico, e seus sintomas são amplamente variáveis em virtude das etiologias subjacentes, o que torna esta síndrome altamente complexa e de difícil manejo clínico-cirúrgico. Entretanto, apesar do avanço no diagnóstico e tratamento da isquemia mesentérica aguda, a sua mortalidade permanece elevada, sobretudo porque é uma doença que acomete também pacientes idosos, e, portanto, frequentemente portadores de outras comorbidades (CANGEMI; PICCO, 2009). “Estudo retrospectivo multicêntrico francês, que comparou os períodos de 1980 a 1985 e 1990 a 1995, constatou que a mortalidade diminuiu de 77% para 59%” (SAVASSI-ROCHA; VELOSO; ALMEIDA, 2008, p. 407).

Conforme classificação apontada pelos autores, a isquemia mesentérica aguda pode decorrer de oclusão arterial, venosa ou da microcirculação, ou de situações não oclusivas (20% a 30% dos casos de IMA), como as que ocorrem nos casos de vasoconstricção arterial secundários à hipovolemia, à redução do débito cardíaco e ao uso de agentes vasoconstritores, entre eles as aminas sintéticas e cocaína (BARTONE et al. 2008; SAVASSI-ROCHA; DINIZ; CLEMENTE, 2004; SOUZA-MORAES; BAPTISTA-SILVA, 2004).

Assim como nos demais casos de abdome agudo, a dor abdominal aguda é o sintoma cardinal. Nos casos de oclusão arterial aguda provocada por embolia dos vasos, a evolução apresentada pelo paciente é dramaticamente rápida. Precocemente, o enfermo progride para deterioração clínica, o que o impõe a procurar por serviço médico de urgência e emergência nas primeiras horas do início dos sintomas. Característica marcante da dor abdominal aguda é que, nessa entidade, sua intensidade inicial é discrepante em relação aos achados do exame físico. A dor abdominal intensa, súbita, pode ser localizada ou difusa. Em associação à dor, o paciente apresenta hiporexia, náuseas, vômitos, sangramento gastrointestinal, que está presente somente em 15% dos casos, e distensão abdominal. Já o quadro clínico apresentado pelos enfermos nas fases tardias, em que há necrose e perfuração de alças intestinais, decorre de sintomas de hipovolemia (refletindo sinais de perda de líquido para o terceiro espaço), e sintomas de infecção decorrente da peritonite aguda, com conseqüente evolução para sepse, esperando-se uma mortalidade na ordem de 60% a 90% (BARTONE et al. 2008).

Entretanto, nos casos de oclusão arterial decorrente de trombose dos vasos, até 50% dos pacientes apresentam queixa de angina abdominal: dor epigástrica pós-prandial, geralmente com início na primeira hora após alimentação, podendo perdurar por horas, alteração do hábito intestinal e perda de peso significativa. O perfil do paciente é de uma mulher, com história de tabagismo pesado e com hipertensão arterial (SHANLEY; WEINBERGER, 2008).

Os pacientes que apresentam casos de oclusão venosa ou casos não oclusivos de isquemia mesentérica aguda iniciam gradualmente os sintomas. A doença apresenta-se com um curso clínico mais brando e prolongado, o que pode determinar a procura por serviço médico de urgência e emergência dias após o início do quadro clínico (BARTONE et al. 2008).

Portanto, nessa enfermidade, o importante é identificar os pacientes de alto risco: pessoas maiores de 50 anos, portadores de doença cardíaca, história de embolia prévia, doença aterosclerótica em outros territórios vasculares, sepse, uso de drogas vasoconstrictoras, entre outras (BARTONE et al. 2008; SAVASSI-ROCHA; VELOSO; ALMEIDA, 2008; SAVASSI-ROCHA; DINIZ; CLEMENTE, 2004; SOUZA-MORAES; BAPTISTA-SILVA, 2004). “A chave para o diagnóstico precoce está na identificação de pacientes com sinais precoces e inespecíficos, mas com fatores de risco para IMA” (SAVASSI-ROCHA; VELOSO; ALMEIDA, 2008, p. 409).

### 4.3 OS ELEMENTOS IMPORTANTES PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DE ABDOME AGUDO

#### 4.3.1 – A história natural da doença e o escopo do problema

Um processo infeccioso localizado inicialmente no abdome, decorrente de um abdome agudo, quando não controlado adequadamente, se tornará sistêmico e irá desencadear a Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS). Uma vez perpetuada à infecção, esta desencadeará uma sepse, com consequente disfunção de órgãos, acarretando um incremento da morbimortalidade e custeio do tratamento, já que serão necessários os cuidados intensivos em Unidades de Terapia Intensiva e de todo o seu aporte tecnológico (MAZUSKI; SOLOMKIN, 2009; INSTITUTO LATINO-AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE, 2006).

Por definição, sepse é uma doença sistêmica causada por uma reação inflamatória sistêmica e exacerbada do organismo à presença de um microorganismo desconhecido ao corpo, desencadeando lesões a distância em outros órgãos, longe do sítio primário de infecção, e caracterizando, com isso, a disfunção de múltiplos órgãos, grande responsável pela mortalidade dos pacientes (RUGGIERI; LEVY; DEUTSCHMAN, 2010). “Trata-se de uma doença aguda, que pode afetar qualquer pessoa” (INSTITUTO LATINO-AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE, 2006).

Nos Estados Unidos, 250 mil pessoas morrem por ano em consequência da sepse. Entretanto, apesar de se apresentar como uma grave problemática de saúde pública, a sepse vem sendo subvalorizada pelas autoridades, em parte pela falta de um consenso sobre sua definição (RUGGIERI; LEVY; DEUTSCHMAN, 2010).

Suas principais causas são infecções do trato respiratório, infecções abdominais e infecções do trato urinário (INSTITUTO LATINO-AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE, 2006). A infecção abdominal decorre da invasão e da multiplicação de bactérias em vísceras ocas ou maciças. Quando a infecção se estende à cavidade peritoneal, é dita como complicada. Infecção

abdominal complicada é a segunda causa mais comum de morte por sepse em pacientes internados em unidade de tratamento intensivo (MAZUSKI; SOLOMKIN, 2009).

Os cirurgiões norte-americanos, Langell e Mulvihill (2008), Solomkin e Mazuski (2009) constataram que, no início do século XX, o indicador de mortalidade secundária à infecção abdominal chegava a taxas de até 90%, reduzindo-se, no final do século, a taxas de 30% a 50%, em decorrência do aperfeiçoamento da técnica e da tática cirúrgica, do avanço no uso de antibióticos, da terapia de reanimação e no emprego de tecnologias de última geração. Portanto, há de se dar grande ênfase para o diagnóstico e tratamento precoce da entidade abdome agudo, como estratégia fundamental de combate à infecção/sepse.

Durante décadas, a sepse tem sido considerada uma situação diferencialmente significativa. De acordo com o National Center for Health Statistics (NCHS), em 2004, nos Estados Unidos da América, a sepse foi apontada como a 10<sup>a</sup> causa de mortalidade. É notório que sua incidência vem aumentando, a taxas na ordem de 1,5% ao ano, e, para além, sua gravidade tem sido crescente, atingindo uma taxa de mortalidade entre 20% a 50% para os casos graves. Observa-se, em comparação com o período de cinco anos entre 1979-1984 e 1995-2000, que o número de pacientes que apresentaram disfunção de múltiplos órgãos, conseqüente à evolução devastadora da sepse, mais do que duplicou (de 2,7% para 7,1%) (RIVERS; AHRENS, 2008).

Empenhados em promover iniciativas que melhorassem o manejo do paciente com sepse, grupos de lideranças internacionais desenvolveram a Surviving Sepsis Campaign (SSC), gerando um plano de ação para diminuir a mortalidade por sepse grave em 25% até 2009. Seis foram os pontos cruciais elencados para o manejo desses pacientes: construir uma consciência sobre a doença sepse; melhorar o diagnóstico precoce; ampliar as intervenções de forma apropriada; educar os profissionais de saúde; melhorar o acesso aos cuidados na unidade de tratamento intensivo; desenvolver padrões globais de cuidados (RIVERS; AHRENS, 2008).

Em 2003, um grupo de especialistas iniciou o desenvolvimento de diretrizes e recomendações baseadas em evidências para aprimorar o manejo dos pacientes com sepse, recebendo atualizações até o ano de 2008. Além de outras importantes medidas, melhorar o diagnóstico precoce e controlar o foco infeccioso tem papel fundamental no manejo desses pacientes, que podem estar desenvolvendo sepse em decorrência de uma má condução clínico-cirúrgica do

paciente que se apresenta num serviço de urgência e emergência com queixa inicial de dor abdominal aguda decorrente de um abdome agudo (RIVERS; AHRENS, 2008; SCHORR, 2009).

#### **4.3.2 – O processo de formulação do diagnóstico**

A avaliação clínica (exame clínico) do paciente com dor abdominal aguda deve estar pautada na realização de um processo semiótico clínico, sistematizado, fortalecido por uma adequada metodologia investigativa, devendo ser executada por profissionais que retêm conhecimento de anatomia, fisiologia e fisiopatologia como ferramenta delineadora do processo diagnóstico. “Como dizia Jairo Ramos, o grande criador da clínica médica brasileira, a clínica é soberana” (LOPES, 2004, p. 27). A elaboração da avaliação clínica possui como objetivos capitais a identificação ou exclusão de sinais e sintomas clínicos (sinais de alerta) sugestivos da presença de abdome agudo como fator desencadeante da dor abdominal aguda e a identificação das repercussões locais e sistêmicas secundárias ao vigente processo patológico (BRUNETTI; SCARPELINI, 2007; FLASAR; CROSS; GOLDBERG, 2006; LOPES, 2004; MENEGHELLI, 2003). Sanches et al. (2008) elencam como objetivo final da avaliação clínica a definição sindrômica do abdome agudo em questão (síndrome inflamatória, obstrutiva, perfurativa, hemorrágica, vascular), em prol da definição etiológica, como passo importante para escolha do tratamento clínico ou cirúrgico.

De acordo com a literatura médica, a avaliação clínica sempre foi considerada “o mais importante meio para alcançar-se o diagnóstico preciso” (MENEGHELLI, 2003, p. 283). Entretanto, na atualidade, há uma valorização excessiva e um uso indiscriminado dos exames complementares como forma primária de diagnóstico, notadamente, os exames de alta tecnologia (ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e outros), por coincidência aqueles de maior custo operacional, portanto de acesso limitado, postergando-se em muitas das vezes o tratamento adequado dos pacientes (CARTWRIGHT ; KNUDSON, 2008; MENEGHELLI, 2003).

A avaliação clínica é composta por dois elementos básicos, a anamnese e o exame físico, devendo ser realizada sempre com respeito aos princípios da relação médico-paciente. “A palavra anamnese se origina de aná=trazer de volta, recordar emnese=memória. Significa trazer de volta à mente todos os fatos relacionados com a doença e com a pessoa doente” (PORTO, 1996a, p. 20).

Em sua essência, a anamnese é uma entrevista que se desdobra em alguns elementos, como identificação do paciente, sua queixa principal, história clínica atual da dor abdominal aguda, antecedentes pessoais e patológicos referentes ao paciente, antecedentes familiares e seus hábitos de vida. De acordo com Lopes (2004), somente com a realização da anamnese é possível “estabelecer o diagnóstico em aproximadamente 70% dos casos” (p. 27). Daí a importância de se detectarem os sinais de alerta já durante a anamnese.

Durante a realização do histórico da doença atual o conhecimento dos atributos da dor abdominal aguda tem valor fundamental para elaboração do diagnóstico: o modo de aparecimento da dor e seu início/curso; sua localização inicial e suas irradiações; sua intensidade e tipo; seus fatores agravantes e os que aliviam, e os sintomas associados (CARTWRIGHT; KNUDSON, 2008; SAVASSI-ROCHA; SANCHES; FAHEL, 2008; YEH; MCNAMARA, 2007; FLASAR; CROSS; GOLDBERG, 2006; ALVES, 2005; MENEGHELLI, 2003).

O exame físico não deve estar direcionado apenas para a avaliação abdominal; deve conter elementos do exame físico geral, os quais podem demonstrar alterações que corroborem para o diagnóstico de abdome agudo ou seus diagnósticos diferenciais, além de identificarem alterações clínicas que demonstrem complicações da doença subjacente (CARTWRIGHT; KNUDSON, 2008; SANCHES et al., 2008; BRUNETTI; SCARPELINI, 2007; MENEGHELLI, 2003; PORTO, 1996b).

Portanto, a avaliação clínica não deve ser subestimada. É de fácil e rápida realização, não onera os custos hospitalares e não traz prejuízos ao paciente. Uma vez concluída, possuirá elementos suficientes para estreitar o diagnóstico na maioria dos casos, entre eles os sinais de alerta para abdome agudo (FLASAR; CROSS; GOLDBERG, 2006).

Há de se ressaltar que, nos idosos, há uma dificuldade peculiar para a execução da avaliação clínica inicial e, conseqüentemente, para a realização de um diagnóstico e de um tratamento adequados em tempo. A anamnese é de trabalhosa confecção, pois há obstáculos que dificultam uma adequada comunicação entre o examinador e o paciente, tais como *deficit* auditivo e visual, confusão mental, demência e outras sequelas neurológicas (acidente vascular cerebral, doença de Alzheimer), comuns nessa população. Alterações clínicas e laboratoriais decorrentes de complicação do abdome agudo podem estar ausentes (febre, taquicardia, leucocitose), pois os idosos não apresentam resposta rápida às alterações fisiológicas do organismo. Associam-se a estes o fato de possuírem doenças comuns nessa faixa etária que mimetizam a apresentação clínica do abdome agudo (YEH; MCNAMARA, 2007; MARTINEZ; MATTU, 2006; LYON; CLARK, 2006).

Existem alguns achados do exame clínico (anamnese e exame físico) presentes nos pacientes com dor abdominal aguda em estado de gravidade que devem servir de alerta para os profissionais de saúde. Flasar, Cross e Goldberg (2006) descrevem como sinais de alerta: febre, vômito, dificuldade para evacuar, síncope, dor concomitante no peito ou nas costas, desconforto respiratório, sangramento gastrointestinal ou genital, alterações significativas dos sinais vitais, alteração de consciência, abdome tenso e sem ruídos peristálticos e dor abdominal desproporcional aos achados do exame físico. Portanto, os pacientes, uma vez triados por esses sinais de alerta, devem possuir prioridade durante o atendimento inicial. Reforçando o pensamento dos autores, Cartwright e Knudson (2008) elencaram alguns sinais e sintomas encontrados na avaliação clínica inicial que são indicativos de abdome agudo, tais como: febre, vômitos prolongados, síncope e hemorragia gastrointestinal.

Ao término do exame clínico, o médico, devidamente munido de todas as ferramentas semiológicas (variáveis independentes) adquiridas durante o ato investigatório, de forma precisa, ágil e humanizada, está pronto para a elaboração inicial de hipóteses diagnósticas para elucidação do agente etiológico ou sindrômico desencadeador da dor abdominal aguda (SANCHES et al., 2008; CARTWRIGHT; KNUDSON, 2008; YEH; MCNAMARA, 2007; BRUNETTI; SCARPELINI, 2007; FLASAR; CROSS; GOLDBERG, 2006; LOPES, 2004; MENEGHELLI, 2003).

Os profissionais de saúde podem lançar mão de exames complementares (exames laboratoriais e de imagem – radiografia, ultrassonografia e tomografia computadorizada), que são adjuntos da avaliação clínica e podem ser solicitados ou não em função da hipótese diagnóstica elencada, fornecendo subsídios para esclarecer o diagnóstico, à luz dos dados clínicos. Há ainda como possibilidade diagnóstica métodos invasivos de intervenção, tais como a vídeo-laparoscopia e a laparotomia exploradora (CARTWRIGHT; KNUDSON, 2008; SANCHES et al., 2008; BRUNETTI; SCARPELINI, 2007; MENEGHELLI, 2003).

Recentemente, pesquisadores desenvolveram uma poderosa ferramenta para facilitar a obtenção de um diagnóstico precoce de abdome agudo. São os indicadores de risco, isto é, escores, que, de acordo com Goldman et al. (2008), têm implicação no diagnóstico precoce de abdome agudo e, por conseguinte, na diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, além de promoverem uma diminuição no tempo de internação hospitalar, no uso abusivo de recursos tecnológicos, evitando-se, em tempo, os altos custos do tratamento. Os escores são elaborados a partir dos achados frequentes na história clínica, no exame físico e nos exames laboratoriais, com o objetivo de aumentar a probabilidade de acerto diagnóstico, propiciando uma resolução apropriada para o paciente que busca por atendimento nos serviços de urgência e emergência (BORGES; LIMA; FALBO NETO, 2003).

Alvarado elaborou um escore clínico-laboratorial com finalidade de realização de diagnóstico precoce em crianças que se apresentavam nos serviços de urgência e emergência com dor abdominal aguda sugestiva de apendicite aguda. Esse escore foi planejado em decorrência da desfavorável história natural da doença apendicite aguda nessa faixa etária. Por fatores como apresentação clínica atípica e dificuldade para realização da história clínica, essas crianças ou possuíam diagnóstico e tratamento tardio, o que determinava um alto índice de morbidade e mortalidade, já que, nessa fase, era comum a presença de abscesso e peritonite intra-abdominal (30% a 74% dos casos), ou recebiam um precoce tratamento intervencionista cirúrgico, alcançando-se taxas de laparotomias não terapêuticas na ordem de 15% a 30%, o que também determinava alto índice de morbidade e mortalidade (GOLDMAN et al., 2008; BORGES; LIMA; FALBO NETO, 2003).

Entretanto, após ampla pesquisa e análise de renomados artigos publicados na literatura médica, não identificamos a apresentação de um conjunto de sinais de alerta, obtido por meio de estudo

epidemiológico, que levasse em consideração somente os dados da história clínica, para que, de forma de entendimento simples, possa ser utilizado por toda população, sendo amplamente divulgado pelos meios de comunicação e auxiliando, assim, o encaminhamento (acesso) precoce dos pacientes com dor abdominal aguda aos serviços de saúde.

Diante do exposto, a partir dos princípios norteadores das Políticas de Urgência e Emergência que preconizam a humanização na atenção à saúde, a prevenção de agravos, a estruturação de Redes de Atenção à Saúde, propomo-nos a apresentar o resultado de uma pesquisa que adotou uma metodologia científica para a identificação de sinais de alerta de abdome agudo numa determinada população que procurou por atendimento médico de urgência num Pronto-Socorro de um Hospital Filantrópico da Grande Vitória com dor abdominal aguda.

## **5 DOR ABDOMINAL AGUDA EM PACIENTES ATENDIDOS NO PRONTO-SOCORRO DO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (HSCMV)**

### **5.1 A CARACTERIZAÇÃO DO PRONTO-SOCORRO DO HSCMV**

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória se localiza no município de Vitória, a capital do Estado do Espírito Santo desde 1824, a qual compõe a Região Metropolitana da Grande Vitória, criada em 1995 e formada por mais seis municípios: Vila Velha, Cariacica, Serra, Viana, Guarapari e Fundão (A REGIÃO..., 2010).

A Região Metropolitana, responsável pela produção de 58% da riqueza do Estado, ocupa apenas 5% de sua extensão territorial; entretanto, ela abriga 1.730.000 habitantes, o que corresponde a 46% da população do Espírito Santo. Essa população cresce a uma taxa de 3,2% ao ano; são 46 mil novos habitantes a cada ano (A REGIÃO..., 2010).

O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória é referência, entre outros serviços de saúde, para prestar atendimento às urgências e emergências clínicas e cirúrgicas não traumáticas, estas últimas de responsabilidade do Serviço de Cirurgia Geral<sup>18</sup>, oferecendo à população acesso a um Pronto-Socorro que funciona 24 horas por dia, durante todos os dias da semana (INFRA-ESTRUTURA..., 2009). Para tanto, dispõe de uma adequada estrutura física e de recursos materiais. Segundo Dubeux, Freese e Reis (2010), os hospitais possuem dificuldades para normatizar o atendimento às urgências e emergências, fato observado pela prática clínica, de forma não sistematizada, na estrutura organizacional do HSCMV.

---

<sup>18</sup> De acordo com entrevista com Dr. Danilo Nagib Salomão Paulo, o Serviço foi criado em 1973 pelo Dr. Floriano Schwans. Em 1974, deu-se início ao internato de Cirurgia Geral dos acadêmicos da Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Em 1989, foi criada a Residência Médica em Cirurgia Geral, reconhecida inicialmente pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, e em 1993 pela Comissão Nacional de Residência Médica do Ministério da Educação, formando jovens cirurgiões até os dias atuais (INFORMAÇÃO VERBAL).

Segundo O'Dwyer, Matta e Pepe (2008), os hospitais recebem demanda espontânea em decorrência da procura direta da população por atendimento, muitas vezes de forma desnecessária, lembrando o velho modelo hospitalocêntrico da assistência, e, também, recebem demanda referenciada da atenção primária e secundária dos municípios, além dos hospitais de pequeno e médio porte, notadamente do interior. Esses são fatores que concorrem, em parte, para explicar, segundo a avaliação desses autores, a superlotação dos serviços hospitalares do Estado do Rio de Janeiro. Outro fator é a ausência de normatização para o atendimento às urgências e emergências. A estratégia adotada para reprimir a demanda e controlar a superlotação é a restrição do acesso, inclusive com o fechamento da porta de entrada do Pronto-Socorro. De uma amostra de hospitais do Rio de Janeiro que apresentam superlotação, 37% não possuem qualquer mecanismo de gerenciamento dessa situação crítica. Essa realidade não é diferente da vivenciada pelos serviços de atendimento à urgência e emergência nos hospitais do Estado do Espírito Santo.

A data da construção do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória é desconhecida; entretanto, sabemos que, no século XVI, entre os anos de 1545 e 1551, Vasco Fernandes Coutinho criou a Irmandade da Misericórdia do Espírito Santo, embrião responsável pela fundação do único Hospital Filantrópico dessa Região (SCHWAB; FREIRE, 1979).

O Hospital dispõe, atualmente, de 250 leitos, entre Enfermarias e Unidades de Tratamento Intensivo adulto e neonatal, de Centro Cirúrgico que comporta sete salas cirúrgicas, sendo capaz de realizar 800 procedimentos cirúrgicos por mês, de suporte especializado em nutrição e fisioterapia, além de contar com um avançado Centro de Diagnóstico e com diversos serviços ambulatoriais (INFRA-ESTRUTURA..., 2009).

O corpo clínico da Santa Casa é constituído por 789 funcionários e 230 médicos. O Hospital presta serviços de assistência à saúde em praticamente todas as especialidades médicas, oferece formação de recursos humanos e educação continuada, subsidia pesquisa e desenvolvimento tecnológico, além de manter cooperação técnica e científica com a rede de serviços públicos do Estado. Para tanto, recebe grande parte do seu financiamento por meio de recursos provenientes do Sistema Único de Saúde (INFRA-ESTRUTURA..., 2009).

A equipe que atua no Pronto-Socorro do HSCMV é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e de radiologia, assistentes sociais, secretários e recepcionistas, que seguem uma rotina de atendimento caracterizada, num primeiro momento, pelo acolhimento dos usuários. A seguir, os pacientes são triados pela equipe de enfermeiros quanto ao grau de gravidade de sua doença e quanto ao tempo necessário para seu atendimento, por meio do modelo de triagem preconizado pelo Ministério da Saúde, à semelhança da triagem de Manchester (em fase de implantação), utilizando-se, para tanto, de parâmetros dos sinais vitais.

Após a realização da triagem, os pacientes recebem uma identificação demarcada por cores, de tal forma que a cor vermelha determina atendimento de imediato na sala de emergência, por se tratar de doentes gravemente enfermos, com risco de vida iminente. A cor amarela determina atendimento na primeira hora, a cor verde atendimento dentro das primeiras duas horas e a cor azul caracteriza pacientes que necessitam de atendimento de caráter não urgente, podendo, portanto, aguardar pela realização de consulta após duas horas. Esse mecanismo tende a garantir atendimento precoce ao paciente com maior risco de vida, não devendo ser entendido como forma de exclusão dos demais pacientes (Figura 2).

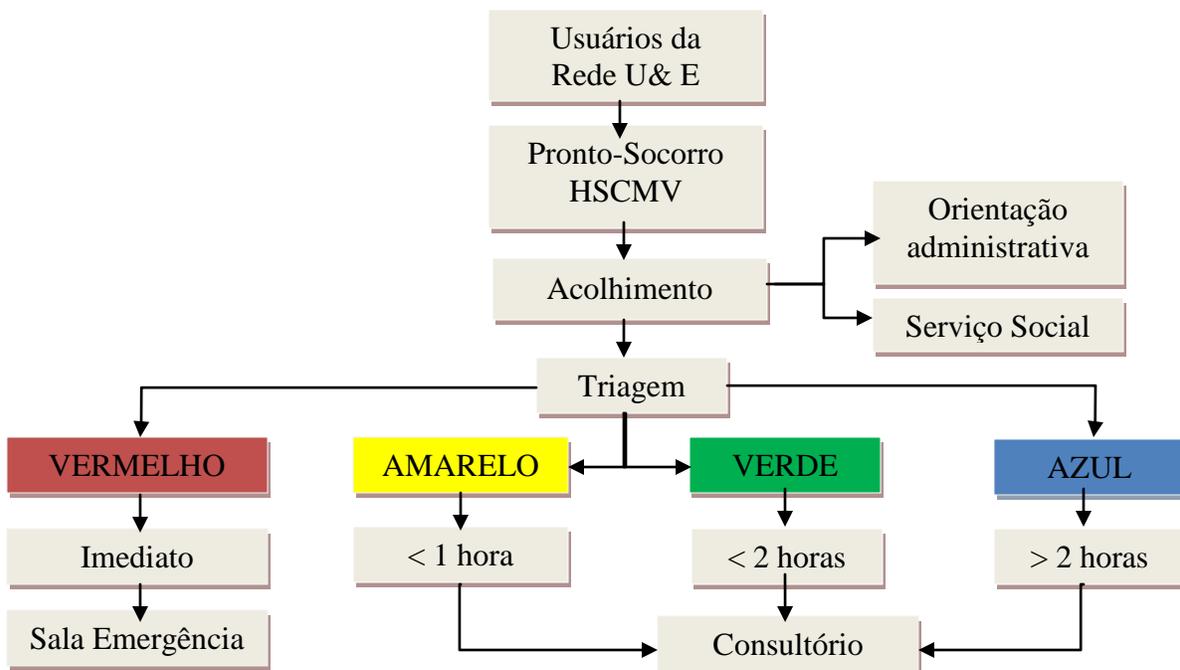


Figura 2 – Rotina de Atendimento no pronto-socorro do HSCMV, adaptado por Duarte Neto (2011)

Uma vez identificada sua gravidade e estabelecida a prioridade de atendimento, o paciente é encaminhado ao serviço clínico ou cirúrgico compatível com sua doença. Nos casos de pacientes com dor abdominal aguda, não há um protocolo de fluxo que determine qual especialidade (clínica cirúrgica ou clínica médica) irá realizar o primeiro atendimento. Se, porventura, o paciente com dor abdominal aguda for atendido pelo serviço de clínica médica e, após a realização da investigação clínica, existir a hipótese diagnóstica de abdome agudo, ele será encaminhado à clínica cirúrgica.

Independentemente do serviço que irá prestar o primeiro atendimento ao paciente com dor abdominal aguda, segundo Lopes (2004), Meneghelli (2003), Cartwright e Knudson (2008), os médicos devem preconizar a realização de um exame clínico clássico para a confecção de uma hipótese diagnóstica, lançando-se mão, quando necessário, da realização de exames complementares para confirmação diagnóstica.

Quando for necessário o tratamento cirúrgico, um breve preparo pré-operatório deverá ser realizado para adequação das alterações fisiológicas provocadas pelo processo desencadeador do abdome agudo, de acordo com as recomendações propostas por Schuster, Davis e Rosenbaum (2009). Uma vez controlado o fator desencadeador da dor abdominal aguda, o paciente é encaminhado para seguimento ambulatorial.

Foi nesse cenário, no qual atuei durante anos, como médico cirurgião do Serviço de Cirurgia Geral, observando pacientes que evoluíam de forma desfavorável, que nasceu o questionamento: “Há sinais de alerta preditivos de Abdome Agudo nos pacientes com Dor Abdominal Aguda que procuram por atendimento médico de urgência e emergência no Pronto-Socorro desse Hospital, que sirvam para atentar os profissionais de saúde para uma atuação de forma precoce e efetiva contra uma evolução letal dessa doença?”.

Para responder adequadamente a essa questão, realizamos uma investigação epidemiológica, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EMESCAM, cadastro n.º 056/2010 (ANEXO A), caracterizada por um estudo observacional transversal, com uma amostra de conveniência composta de adolescentes, adultos e idosos, de ambos os sexos, admitidos no Pronto-Socorro, com queixa principal de dor abdominal aguda, no período de julho de 2010 a maio de 2011.

Adotaram-se como critérios de exclusão para a elaboração deste estudo os pacientes que não possuíam condições intelectuais ou de consciência para responder à entrevista; os pacientes em tratamento medicamentoso com antibióticos, pois haveria possibilidade de alteração das queixas relacionadas à dor abdominal aguda; os casos cirúrgicos que não tiveram confirmação com o resultado anatomopatológico de Abdome Agudo, quando este era factível; os pacientes com dor abdominal aguda não decorrente de Abdome Agudo, que não foram localizados por meio de ligação telefônica ou de retorno ao Pronto-Socorro, após dez dias da alta hospitalar, para confirmação da exclusão de Abdome Agudo; e os pacientes que não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (APÊNDICE A).

Durante a pesquisa de campo, foram entrevistados 150 pacientes com dor abdominal aguda, 120 dos quais foram incluídos no estudo. Dos 30 pacientes não incluídos, 5 pacientes não possuíam condições intelectuais ou de consciência para responder à entrevista, 10 pacientes estavam em uso de antibióticos e 15 pacientes com dor abdominal aguda não decorrente de abdome agudo não foram localizados após alta hospitalar, impossibilitando a continuidade do estudo (Figura 3).

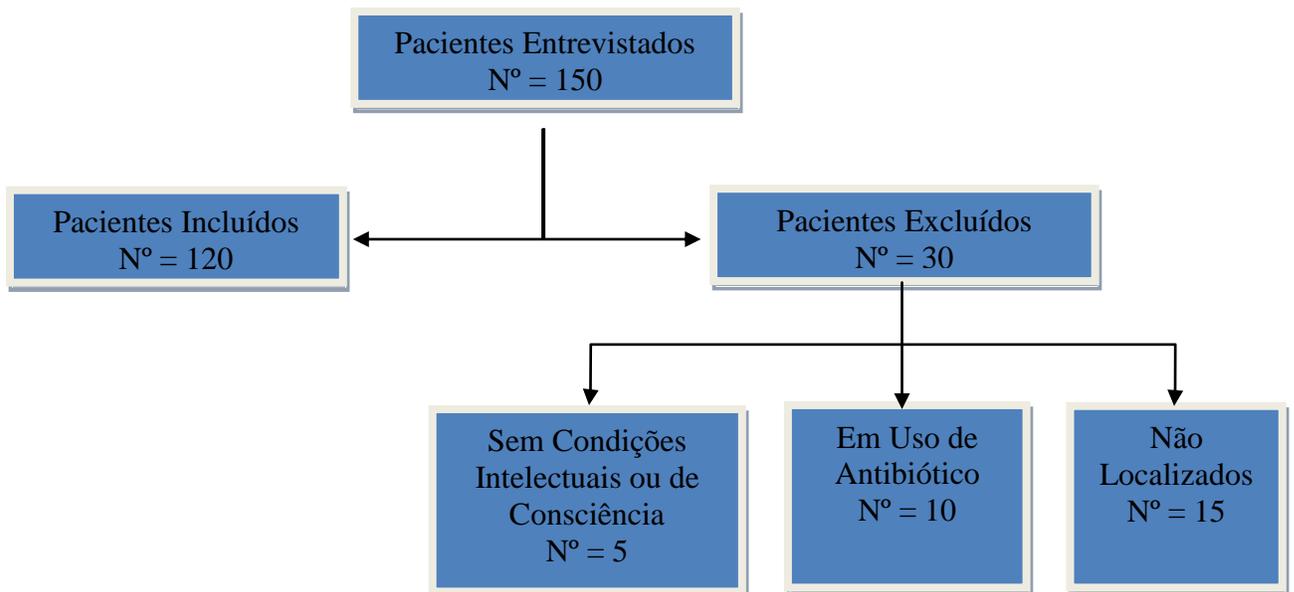


Figura 3 – Seleção dos pacientes entrevistados no pronto-socorro do HSCMV

Durante a pesquisa, os pacientes foram entrevistados segundo uma ficha padronizada de Avaliação Inicial da Dor Abdominal Aguda no momento de sua admissão no Pronto-Socorro, em um de três dias da semana, com garantia de anonimato (APÊNDICE B). Os dados coletados por meio dessa entrevista fizeram referência, na sua totalidade, à definição diagnóstica da etiologia da dor abdominal aguda.

A entrevista foi executada pelo pesquisador e ocorreu após o atendimento inicial prestado pelos médicos plantonistas, conforme rotina do Pronto-Socorro, sem que houvesse interferência na conduta médica preestabelecida ou prejuízo para o paciente. O caso se encerrou após confirmação diagnóstica etiológica da dor abdominal aguda, ou diagnóstico excludente de abdome agudo.

A ficha padronizada utilizada como ferramenta para coleta de dados seguiu o roteiro abaixo:

Dados Gerais: os pacientes foram identificados pelo número de registro (em P1, P2, P3...), garantindo-se o seu anonimato e levando-se em consideração o sexo e a idade. Também foi informado o município de sua origem.

Investigação Clínica: a investigação clínica da dor abdominal aguda seguiu uma metodologia clássica, conforme os autores Meneghelli (2003), Alves (2005), Flasar, Cross e Goldberg (2006), Yeh e McNamara (2007), Cartwright e Knudson (2008), Savassi-Rocha, Sanches e Fahel (2008), avaliando-se o tempo de evolução da dor, sua localização, irradiação, intensidade, seus fatores de agravamento e alívio, seus possíveis antecedentes, além dos sintomas relacionados com essa dor, tais como sintomas gerais, cardiológicos, respiratórios, gastrointestinais, urinários, ginecológicos e urológicos, com o objetivo de qualificação desse sintoma. Além disso, foi verificada a existência de comorbidades, cirurgias prévias, doenças familiares, uso de medicamentos e bebida alcoólica, uso de drogas ilícitas e tabagismo.

Ao término da entrevista, foi aventada uma hipótese diagnóstica (HD) inicial de presença ou ausência de abdome agudo e os dados foram armazenados em planilha de Excel 2007. O paciente prosseguiu em sua investigação clínica para a dor abdominal aguda, realizada pela equipe de plantonistas do Pronto-Socorro, que confirmou ou não a hipótese diagnóstica de Abdome Agudo. A equipe médica plantonista utilizou, em sua totalidade ou parcialidade, como

métodos para definição de uma hipótese diagnóstica para a dor abdominal aguda, o exame clínico, exames laboratoriais, exames de imagem e, em último caso, foi considerada, para definição diagnóstica, a intervenção cirúrgica.

O diagnóstico final, emitido pela equipe médica, com base nos exames complementares, na intervenção cirúrgica e/ou no resultado de anatomopatológico, foi considerado como padrão ouro para confirmação da hipótese diagnóstica e para a realização dos cálculos do presente trabalho.

Nesta pesquisa, foram considerados como Abdome Agudo, de acordo com Brunetti e Scarpelini (2007), os casos apresentados a seguir conforme sua categoria sindrômica (Quadro 2):

Categoria Sindrômica	Etiologia
Síndrome Inflamatória	Apendicite aguda, colecistite aguda, colangite aguda, abscesso hepático, pancreatite aguda, diverticulite aguda, doença inflamatória pélvica.
Síndrome Obstrutiva	Hérnia encarcerada, bridas e aderências, câncer de intestino, carcinomatose, intussuscepção, vólvulos, processos inflamatórios intestinais, corpo estranho e verminoses.
Síndrome Perfurativa	Úlceras pépticas perfuradas, perfurações por tumor e espontânea.
Síndrome Hemorrágica	Cisto de ovário roto, gravidez ectópica rota, rotura de tumores hepáticos, rotura espontânea de vísceras parenquimatosas.
Síndrome Vascular	Isquemia mesentérica aguda, colite isquêmica, aneurisma de artérias abdominais roto.

Quadro 2 – Etiologia do abdome agudo

Fonte: Brunetti e Scarpelini (2007), adaptado por Duarte Neto (2011).

Os demais diagnósticos foram considerados como dor abdominal de outras etiologias, que não Abdome Agudo. Aqueles pacientes que foram de alta hospitalar receberam um contato telefônico do pesquisador ou retornaram ao Pronto-Socorro, durante um período de até dez dias após o diagnóstico, tempo suficiente para confirmação de exclusão de Abdome Agudo. Os pacientes que permaneceram internados no Hospital foram acompanhados pelo pesquisador até a confirmação diagnóstica, efetuada por meio da discussão de caso clínico à beira do leito, realizada pelos médicos responsáveis pela condução do caso clínico em questão.

As informações clínicas obtidas por meio de entrevista dos pacientes com dor abdominal aguda foram coletadas e armazenadas, pois consideramo-las as variáveis independentes desta pesquisa, sendo o diagnóstico de abdome agudo considerado como variável dependente. Após essa fase, os dados foram submetidos à análise descritiva e, em seguida, foram utilizadas as Medidas de Ocorrência, as Medidas de Associação e as Medidas de Significância Estatística para a complementação dos cálculos. Também foram calculados os Testes de Validação Diagnósticos (sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia).

As Medidas de Ocorrência foram utilizadas com a finalidade de responder em que medida ocorreu determinado evento, e, para tanto, calculou-se a Prevalência e o Coeficiente de Prevalência das variáveis independentes no evento Abdome Agudo. Já a Medida de Associação, Razão de Prevalência, foi utilizada para responder se existia associação entre as variáveis independentes e o desfecho da doença: Abdome Agudo.

Para analisar qual a chance de a associação entre uma variável independente e o desfecho Abdome Agudo se dever ao acaso, utilizou-se a Medida de Significância Estatística  $p$ , estimando a probabilidade de o acaso ser responsável pelos resultados. Para tanto, utilizou-se o programa estatístico SPSS 16.0.1, com os Testes do Quiquadrado e Exato de Fisher (quando uma ou mais das frequências esperadas foram inferiores a cinco). Em todos os Testes, foi fixado em 5% ( $\alpha < 0,05$ ) o nível de rejeição da hipótese de nulidade.

Sendo assim, as Medidas utilizadas para esta pesquisa analisaram, de forma univariada, os dados coletados por meio dos cálculos das Medidas de Ocorrência, Associação e de Significância Estatística, reconhecendo-se as variáveis preditoras de abdome agudo presentes nos pacientes portadores de dor abdominal aguda, as quais receberam a denominação de sinais de alerta.

## 5.2 O PERFIL DOS PACIENTES PORTADORES DE DOR ABDOMINAL AGUDA

Os cento e vinte pacientes portadores de dor abdominal aguda selecionados para este estudo eram, em sua grande maioria, provenientes da Região Metropolitana da Grande Vitória, correspondendo a 110 (92%) pacientes, originados de municípios conforme a figura a seguir.

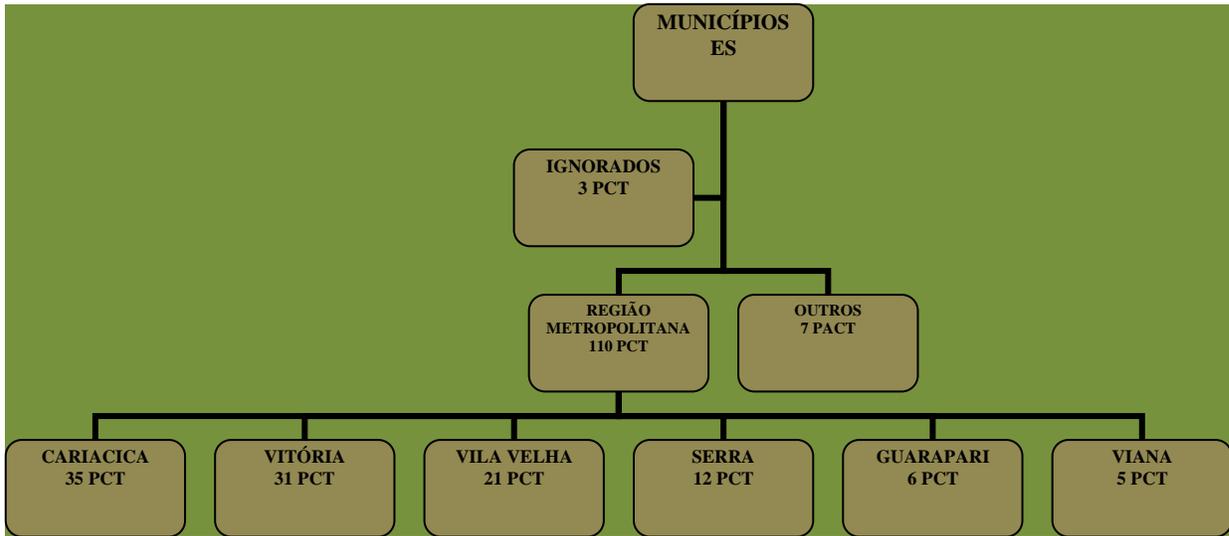


Figura 4 – Procedência dos pacientes com dor abdominal aguda

Apesar de o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória se localizar no município de Vitória, observou-se que 79 (72%) pacientes portadores de dor abdominal aguda se originaram de outros municípios da Região Metropolitana e que 7 (6%) pacientes se deslocaram de outros municípios do Estado do Espírito Santo. Esse fato se justifica por ser o Hospital considerado referência Estadual no atendimento às urgências e emergências, o que inclui a dor abdominal aguda. Além disso, o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória é um hospital escola, sendo renomado no meio acadêmico, político e social. Destaca-se, também, o fator geográfico, assinalado pela proximidade dos municípios da Região Metropolitana.

Constatamos que Cariacica, o município que maior demanda gerou ao Hospital (29% dos pacientes), não possui hospital público para prestação de serviços terciários à comunidade, assim como Viana (4% dos pacientes); entretanto, esses municípios, comportam em sua Rede Municipal de Atenção à Urgência e Emergência, serviços de atenção primária e secundária, capazes de prestar atendimento inicial aos pacientes com dor abdominal aguda. Portanto, estes serviços, e acima de tudo seus usuários, se beneficiariam de um sistema de triagem precoce, dado pela detecção de sinais de alerta, para referenciar corretamente os pacientes.

Os municípios de Vila Velha, Serra e Guarapari, apesar de possuírem hospitais de referência no atendimento às urgências e emergências na rede pública de saúde, também contribuíram para a demanda de pacientes ao Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, totalizando 33% dos atendimentos para os pacientes com dor abdominal aguda.

Quando analisamos o perfil da amostra de pacientes com dor abdominal aguda, observamos que a idade média dos pacientes incluídos neste estudo foi de 45 anos, com variação de 17 a 86 anos.

De acordo com a faixa etária estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 102 (85%) pacientes eram adultos e 18 (15%) eram idosos (Figura 5).

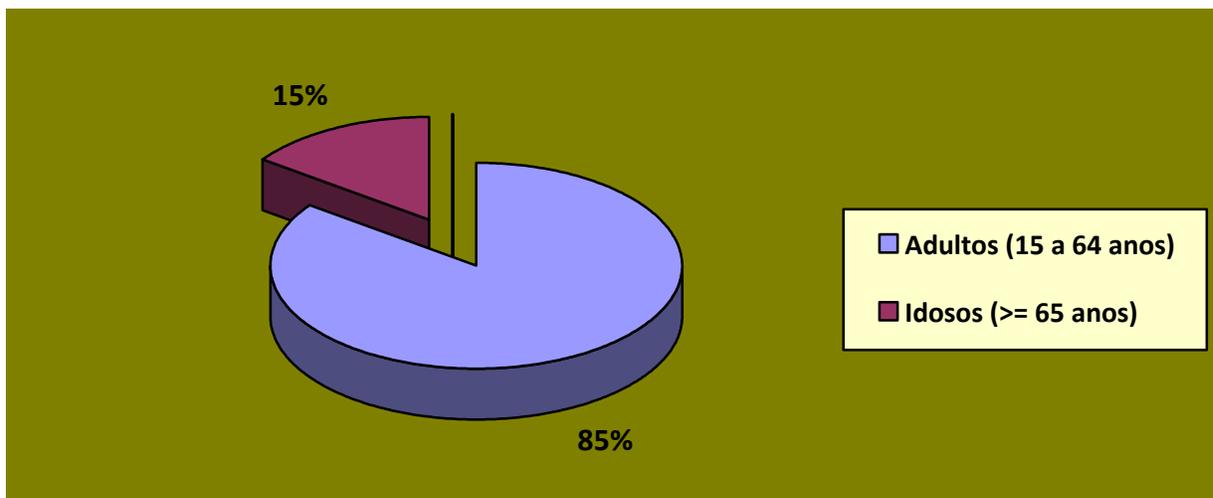


Figura 5 – Faixa etária dos 120 pacientes com dor abdominal aguda atendidos no pronto-socorro do HSCMV

Observa-se, pelo resultado apresentado nesse gráfico, que a maioria (85%) dos pacientes era adulta; portanto, a dor abdominal aguda, nesta pesquisa, se mostrou mais frequente na faixa etária da população economicamente ativa.

Os idosos representaram pequena parcela (15%) dos pacientes portadores de dor abdominal aguda. Entretanto, a maioria deles (72%) apresentou como diagnóstico a síndrome do abdome agudo. De acordo com Lyon e Clark (2006), a dor abdominal aguda apresentada por essa parcela da população também pode ser decorrente de complicações de suas doenças preexistentes.

De acordo com Yeh e McNamara (2007) e Martinez e Mattu (2006), 50% da população de idosos com dor abdominal aguda necessitará de internação hospitalar, e 1/3 destes, de tratamento cirúrgico. Além disso, 1/3 dos idosos com dor abdominal aguda que foram atendidos e liberados retornam com a continuação dos sintomas. O atendimento para essa parcela da população deve ser diferenciado, haja vista o índice de mortalidade superior a 10% (YEH; MCNAMARA, 2007).

A duração do tempo de internação hospitalar para os idosos é da ordem de 20% maior do que para os jovens, independentemente da causa da doença que a precipitou (MARTINEZ; MATTU, 2006). De acordo com o Datasus, “no ano de 2003 os usuários com 60 anos ou mais tiveram uma média de permanência hospitalar de 7,3 dias e custo médio por pessoa de R\$ 666,00” (ESPÍRITO SANTO, 2008, p. 11).

Portanto, esse grupo seletivo de pacientes portadores de dor abdominal aguda tem um comportamento de risco, merecedor de atendimento qualificado, de diagnóstico precoce e de suporte intensivo adequado a sua demanda (YEH; MCNAMARA, 2007).

Considerando o perfil da amostra quanto ao sexo, verificamos que o sexo feminino foi mais representativo (Figura 6), sendo a média de idade de 46 anos, com variação de 17 a 86 anos. Aproximadamente um terço da amostra era composto por homens, os quais apresentavam média de idade de 43 anos, com variação de 18 a 82 anos.

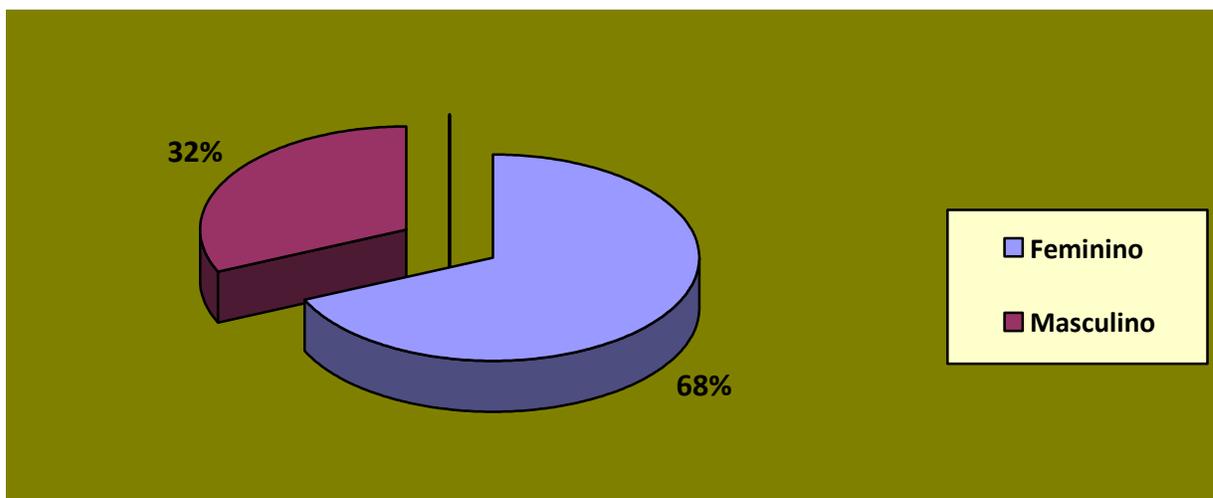


Figura 6 - Sexo dos 120 pacientes com dor abdominal aguda atendidos no pronto-socorro do HSCMV

Observamos que as mulheres procuraram com maior frequência (68%) pelo atendimento no Hospital. Esse fato não foi causado exclusivamente pela presença das doenças ginecológicas nesse grupo (doença inflamatória pélvica, cisto de ovário roto), que contabilizaram 9% dos casos de abdome agudo, mas também pelo fato da alta frequência da colecistite aguda (42% dos casos de abdome agudo), uma complicação da colelitíase<sup>19</sup>, doença frequente nas mulheres, de acordo com Galvão (2005).

Os pacientes dessa amostra também foram avaliados conforme o tempo decorrido entre o início do sintoma dor abdominal aguda e a procura pelo primeiro atendimento médico realizado em qualquer nível de atenção à saúde de uma Rede de Atenção à Urgência e Emergência. A pesquisa revelou os seguintes dados (Figura 7).

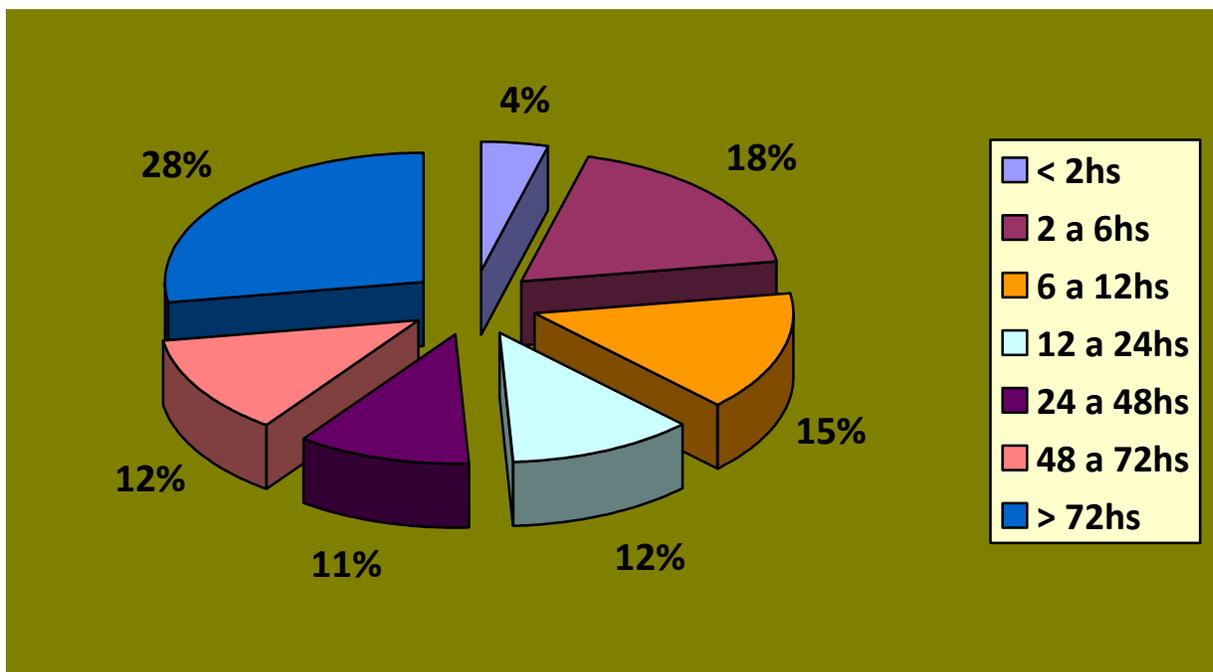


Figura 7 – Tempo entre o início da dor abdominal aguda e o acesso a serviços de saúde

Verificamos que 49% dos pacientes com dor abdominal aguda procuraram por atendimento médico precoce, durante as primeiras 24 horas do início do sintoma. A outra parcela de 51% dos pacientes, mesmo com dor, procurou por atendimento médico tardiamente.

<sup>19</sup> Presença de cálculo na vesícula biliar.

Durante a entrevista, os pacientes foram interrogados sobre a intensidade da dor abdominal aguda. Considerou-se para a definição da intensidade da dor (forte, moderada ou leve) as características subjetivas de acordo com o relato dos pacientes e as características objetivas obtidas por meio da observação de sinais e sintomas presentes no exame clínico que identificam a intensidade da dor.

Em relação à intensidade da dor, 74 pacientes (62%) apresentaram uma dor abdominal de forte intensidade, caracterizada pelo relato do paciente e pela presença de um dos seguintes achados: uso contínuo de analgésicos sem alívio completo da dor, fácies típica de dor, impossibilidade para deambular sozinho, posição antálgica, presença de sudorese e melhora da dor abdominal aguda somente com o uso de analgésicos opióides. Dor abdominal de moderada intensidade ocorreu em 39 pacientes (32%), sendo caracterizada pelo relato dos pacientes, uso de analgésicos com melhora parcial da dor, e pela observação de dificuldade de deambulação e melhora da dor abdominal aguda com analgésicos simples. Dor abdominal de leve intensidade esteve presente em 7 pacientes (6%), sendo caracterizada por informações dos pacientes, uso de analgésicos com melhora completa da dor ou ausência de uso de analgésicos para controle da dor, deambulação e fácies normais, sem posição antálgica (Figura 8).

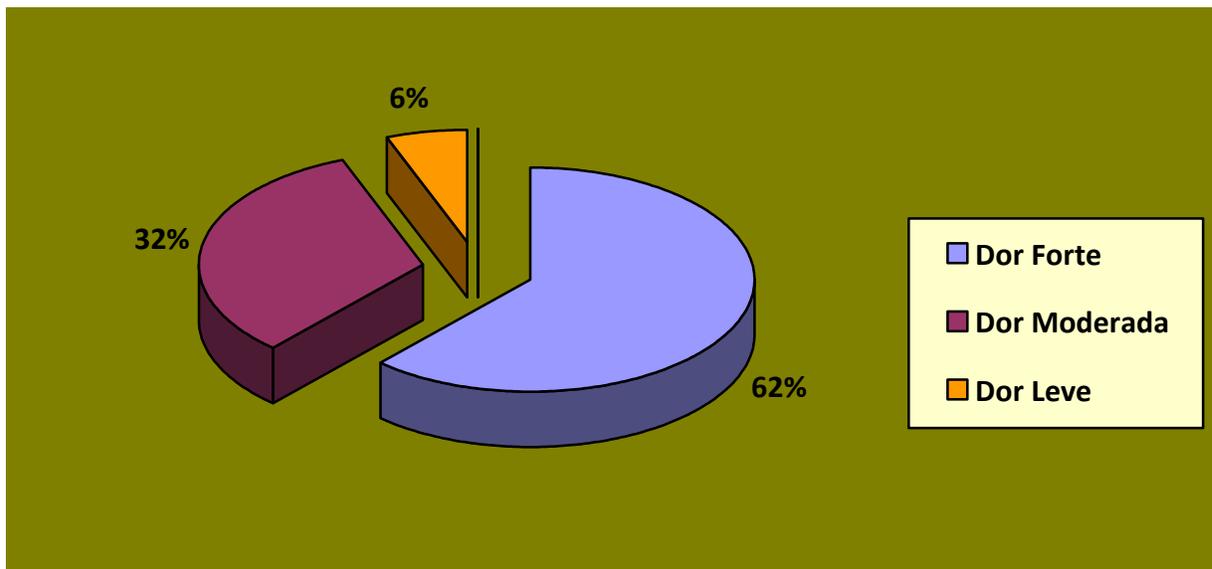


Figura 8 – Intensidade da dor nos pacientes com dor abdominal aguda

Entre os sintomas associados à dor abdominal aguda, foram os mais frequentes: náuseas (68%), hiporexia (58%), vômitos (57%), plenitude pós-prandial (35%), adinamia (31%), calafrio (30%), febre (28%), alteração do hábito intestinal (24%), epigastralgia (22%), emagrecimento (19%) e disúria (11%) (Figura 9).

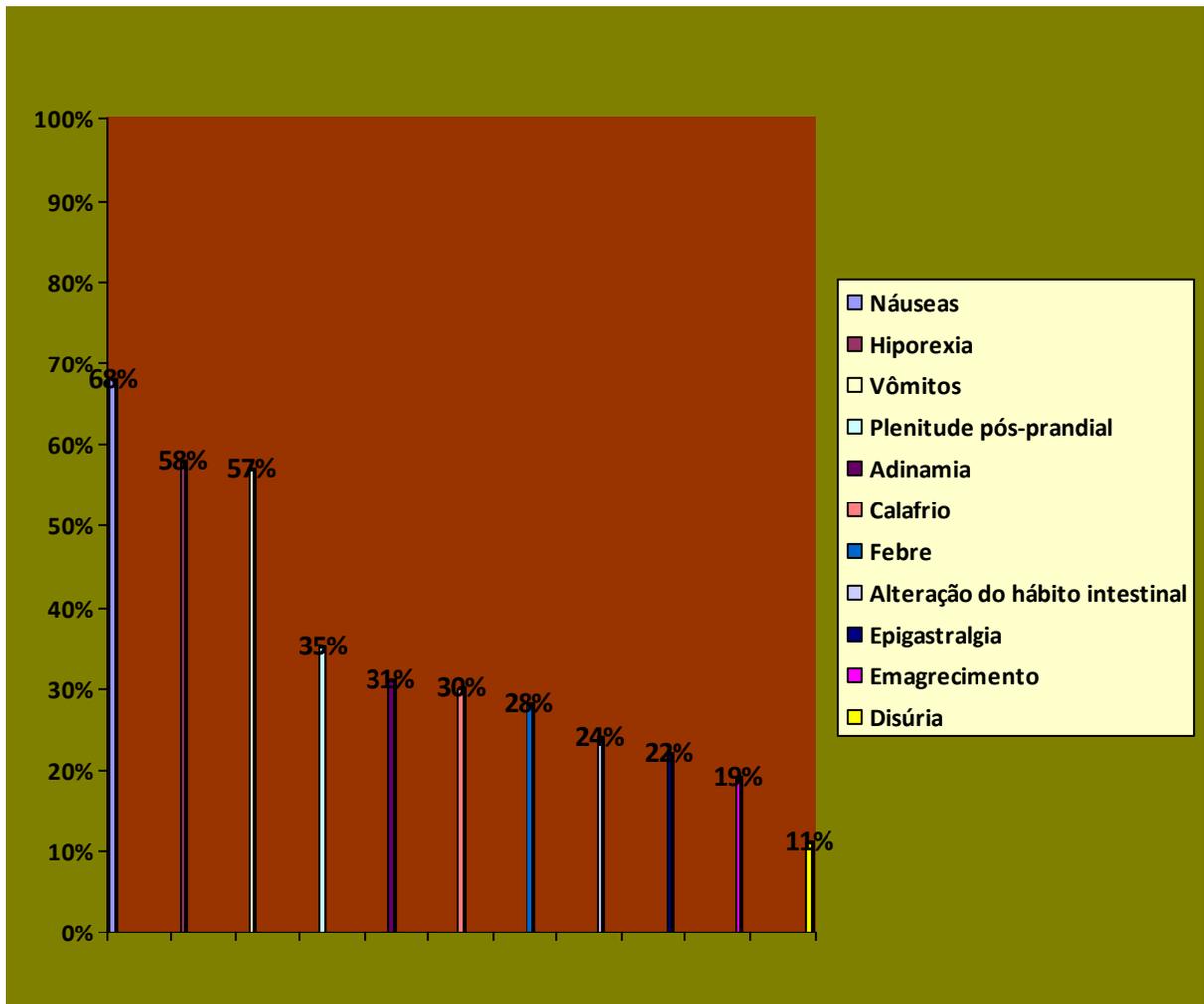


Figura 9 – Sintomas mais frequentes associados à dor abdominal aguda

Observamos, nesse estudo, que mais da metade dos pacientes com dor abdominal aguda apresentava, em associação com essa dor, pelo menos um componente da tríade: hiporexia, náuseas e vômitos.

Nota-se que a maioria dos sintomas encontrados durante o exame clínico do paciente com dor abdominal aguda, observados nesta pesquisa, os quais auxiliam no diagnóstico da causa dessa dor, também são referenciados por Ferreira Novo e Gomes (2008), conforme o Quadro 3.

Topografia	FENÔMENOS
Sistêmica	Hiporexia, mal estar, febre, calafrio, palidez, sudorese, icterícia.
Gastrointestinal	Náuseas, vômitos, alteração do hábito intestinal.
Urológica	Disúria, polaciúria.
Ginecológica	Atraso menstrual, fluxo genital.

Quadro 3 – Fenômenos associados à dor abdominal aguda

Fonte: Ferreira Novo e Gomes (2008), adaptado por Duarte Neto (2011).

Entretanto, esses autores não fazem menção da frequência do surgimento desses fenômenos, assim como alguns outros autores que também observaram esses conjuntos de sintomas, entre eles, Meneghelli (2003), Flasar, Cross e Goldberg (2006), Brunetti e Scarpelini (2007).

Dos pacientes que procuraram o Pronto-Socorro, 42% já haviam se submetido a algum tipo de intervenção cirúrgica abdominal, sendo as intervenções mais frequentes as operações ginecológico-obstétricas (cesarianas<sup>20</sup>, ligaduras tubárias<sup>21</sup>, hysterectomias<sup>22</sup>), as colecistectomias<sup>23</sup>, as apendicectomias<sup>24</sup> e as cirurgias para correção das hérnias da parede abdominal<sup>25</sup>.

Durante a entrevista 24% dos pacientes relataram fazer uso de bebida alcoólica, 15% disseram ser tabagistas e 7% informaram ter usado drogas injetáveis em algum momento de suas vidas. A presença de comorbidades foi observada em 51% dos pacientes com dor abdominal aguda (Tabela 1).

<sup>20</sup> Ato cirúrgico destinado a retirar o feto através de incisão da parede abdominal e uterina (REY, 1999).

<sup>21</sup> Esterilização da mulher, mediante amarração das duas tubas uterinas com material cirúrgico para ligaduras (REY, 1999).

<sup>22</sup> Ablação da totalidade ou de uma parte do útero (REY, 1999).

<sup>23</sup> Ablação cirúrgica da vesícula biliar, que pode ser feita mediante laparoscopia ou com abdome aberto (REY, 1999).

<sup>24</sup> Ablação cirúrgica do apêndice vermicular, indicada como tratamento habitual da apendicite aguda (REY, 1999).

<sup>25</sup> Protrusão de um órgão ou parte de um órgão ou de uma outra estrutura através da parede de uma cavidade que normalmente os contém (KEY, 1999).

Tabela 1 – Situações associadas à dor abdominal aguda

Situações	Frequência	
Comorbidades	61	51%
Cirurgia abdominal prévia	51	42%
Ingestão de bebida alcoólica	29	24%
Tabagismo	18	15%
Uso de drogas ilícitas	8	7%

De acordo com a literatura, a ingestão abusiva de bebida alcoólica pode desencadear quadros graves de dor abdominal aguda, em especial os quadros de abdome agudo inflamatório, decorrente da pancreatite aguda (SANTOS et al., 2003; AMARAL; GALVÃO, 2008), e quadros de abdome agudo perfurativo, decorrente de lesões agudas da mucosa gastroduodenal que provocam perfuração dos órgãos do aparelho digestivo, principalmente quando a ingestão de bebida alcoólica é associada ao tabagismo (RASSLAN; MORICZ, 2004). Também o uso de cocaína pode desencadear quadros de abdome agudo vascular, notadamente a isquemia mesentérica aguda, uma doença altamente letal (SAVASSI-ROCHA; DINIZ; CLEMENTE, 2004; SOUZA-MORAES; BAPTISTA-SILVA, 2004; BARTONE et al., 2008; CANGEMI; PICCO, 2009).

Para o estudo sobre o abdome agudo, em decorrência da investigação diagnóstica, observamos que da amostra de 120 pacientes selecionados como portadores de dor abdominal aguda, 78 (65%) apresentaram a Síndrome do Abdome Agudo, enquanto 42 (35%) manifestaram dor abdominal aguda em decorrência de outras etiologias (Figura 10).

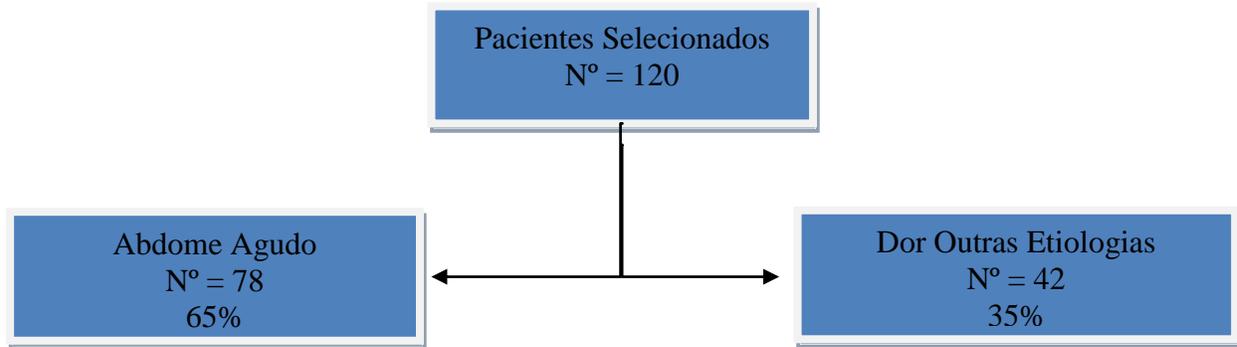


Figura 10 – Frequência de abdome agudo na amostra

### 5.3 OS SINAIS DE ALERTA PRESENTES NOS PACIENTES COM DOR ABDOMINAL AGUDA PREDITORES DE ABDOME AGUDO

Nesta pesquisa, observamos a prevalência de 65% de Abdome Agudo nos pacientes com dor abdominal aguda que deram entrada no Pronto-Socorro do HSCMV. Essa alta prevalência de abdome agudo se deve, em parte, por ser o HSCMV considerado referência no Estado do Espírito Santo para o manejo de situações de urgência e emergência.

De acordo com a faixa etária estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Coeficiente de Prevalência de Abdome Agudo nos pacientes idosos (72%) foi maior do que o Coeficiente de Prevalência de Abdome Agudo nos adultos (64%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Prevalência de abdome agudo segundo a faixa etária

Variável preditora Idade (IBGE)	Diagnóstico de abdome agudo		Total
	Sim	Não	
Idoso (>= 65 anos)	13	5	18
Adulto (15 a 64 anos)	65	37	102
Total	78	42	120

Teste do Exato de Fisher com  $p > 0,05$

Considerando o perfil dos pacientes com Abdome Agudo quanto ao sexo, verificamos que o Coeficiente de Prevalência de Abdome Agudo no sexo masculino (71%) foi maior do que o Coeficiente de Prevalência de Abdome Agudo no sexo feminino (62%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Prevalência de abdome agudo segundo o sexo

Variável preditora	Diagnóstico de abdome agudo		Total
	Sim	Não	
Sexo			
Masculino	27	11	38
Feminino	51	31	82
Total	78	42	120

Teste do Exato de Fisher com  $p > 0,05$

De acordo com a classificação dos subtipos da Síndrome do Abdome Agudo, o Abdome Agudo Inflamatório correspondeu a 52 (67%) casos, seguido do Abdome Agudo Obstrutivo, com 19 (24%) casos, Abdome Agudo Perfurativo e Hemorrágico, ambos com 3 (4%) casos, e de, forma menos expressiva, o Abdome Agudo Vascular, com apenas 1 (1%) caso (Figura 11).

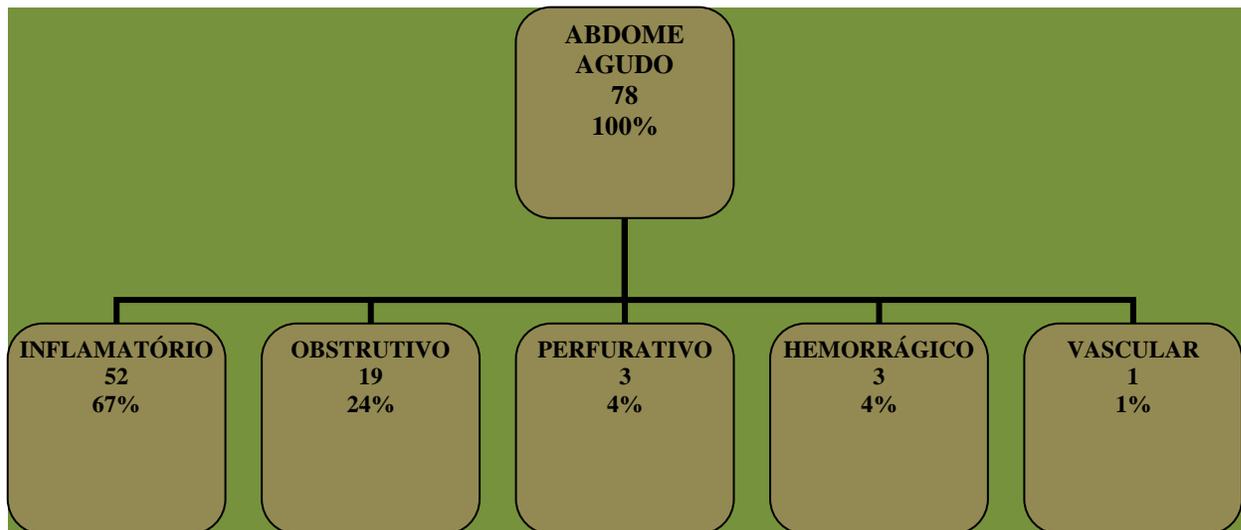


Figura 11 – Frequências dos diferentes subtipos de abdome agudo nos 78 pacientes entrevistados

Entre os casos de Abdome Agudo Inflamatório, a colecistite aguda foi a etiologia com maior representação, 22 (42%) casos, seguida da apendicite aguda, com 17 (33%) casos, pancreatite aguda, com 5 (10%) casos e doença inflamatória pélvica, com 4 (8%) casos.

Em nossos resultados, e em conformidade com Torrez e Triviño (2004), a Síndrome do Abdome Agudo Inflamatório é a entidade mais frequente entre os demais subtipos dessa Síndrome dolorosa. Entretanto, para esses autores, a apendicite aguda é a causa mais frequente do Abdome Agudo Inflamatório, e não a colecistite aguda, conforme observado nesta pesquisa. De acordo, porém, com Amaral e Magalhães Neto (2008), a colecistite aguda é a entidade cirúrgica de maior prevalência que atinge a população dos países industrializados. Independentemente da etiologia do Abdome Agudo Inflamatório, este decorre de processo inflamatório e infeccioso de vísceras abdominais, que se não diagnosticado e tratado precocemente, acarretará a sepse, uma doença altamente frequente e mórbida (MAZUSKI; SOLOMKIN, 2009).

A Síndrome do Abdome Agudo Obstrutivo decorreu do diagnóstico de 7 (37%) casos de hérnias da parede abdominal encarceradas e de 7 (37%) casos de tumores obstrutivos do intestino. A Síndrome do Abdome Agudo Perfurativo, a do Abdome Agudo Hemorrágico e a do Abdome Agudo Vascular somaram, em sua totalidade, 7 (9%) casos. De acordo com Shanley e Weinberger (2008), o Abdome Agudo Vascular é uma síndrome rara, informação também observada nesta pesquisa. Entretanto, é considerada a doença mais agressiva e letal presente nos pacientes com dor abdominal aguda.

Demonstraremos, a seguir, os cálculos referentes às medidas de ocorrência, de associação e de significância estatística, obtidos de forma univariada. Analisaremos os testes de validação diagnósticos a partir das informações clínicas colhidas dos pacientes portadores de dor abdominal aguda. Consideraremos as variáveis que se comportaram de forma significativa.

Conforme os resultados apresentados na Tabela 4, três sinais de alerta deverão ser identificados durante a triagem e/ou entrevista (anamnese) dos pacientes portadores de dor abdominal aguda, pois são considerados preditores de abdome agudo ( $p < 0,05$ ). São eles: dor abdominal aguda de forte intensidade, hiporexia e alteração do hábito intestinal. Apresentaremos na Tabela 5 os valores de sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo e acurácia para esses sinais de alerta.

Tabela 4 – Medidas de Ocorrência, Associação e Significância das variáveis em 78 pacientes com abdome agudo

Variáveis predictoras	Medidas de ocorrência	Medidas de associação	Medidas de significância estatística
<b>Hiporexia</b>	86%	2,4	<b>0,000</b>
<b>Intensidade forte da dor</b>	73%	1,4	<b>0,005</b>
<b>Alteração do hábito intestinal</b>	86%	1,5	<b>0,007</b>
Disúria	38%	0,6	0,060
Adinamia	76%	1,3	0,146
Vômito	71%	1,2	0,177
Emagrecimento	52%	0,8	0,223
Náuseas	68%	1,2	0,306
Sudorese	86%	1,3	0,419
Icterícia	50%	0,8	0,421
Calafrio	69%	1,1	0,539
Acolia	50%	0,8	0,611
Epigastria	69%	1,1	0,651
Plenitude pós-prandial	62%	0,9	0,689
Palidez	1%	0,01	1,000
Febre	64%	1,0	1,000
Colúria	67%	1,0	1,000
Prurido	50%	0,8	1,000

Tabela 5 – Testes de Validação Diagnósticos das variáveis significantes de abdome agudo

Variáveis	Sensibilidade	Especificidade	Valor Preditivo +	Valor Preditivo -	Acurácia
Hiporexia	77%	76%	86%	64%	77%
Intensidade forte da dor	69%	52%	73%	48%	63%
Alteração hábito intestinal	32%	90%	86%	42%	53%

Analisando a Tabela 6, observamos que a intensidade da dor forte ( $p = 0,005$ ) foi considerada variável significativa para a predição de abdome agudo nos pacientes portadores de dor abdominal aguda que procuraram por atendimento médico no HSCMV.

Tabela 6 – Medida da variável preditora (intensidade da dor) e o desfecho (abdome agudo)

Variável preditora Intensidade da dor	Diagnóstico de abdome agudo		Total
	Sim	Não	
Com Dor Forte	54	20	74
Sem Dor Forte	24	22	46
Total	78	42	120

Teste do Exato de Fisher com  $p < 0,05$

Razão de Prevalência 1,4

Podemos afirmar, para essa população de pacientes, que a prevalência de Abdome Agudo é de 73% nos pacientes com dor de forte intensidade, de 52% nos pacientes sem dor de forte intensidade e de 65% no geral. A chance do paciente portador de dor abdominal aguda de forte intensidade de apresentar abdome agudo é 1,4 vezes maior do que naquele paciente com dor abdominal aguda de intensidade não forte.

Podemos concluir que 54 dos 78 pacientes com diagnóstico de abdome agudo apresentaram à variável dor abdominal de forte intensidade durante a entrevista, expressando uma sensibilidade de 69%. Por outro lado, dos 42 pacientes que não tiveram abdome agudo, em 22 casos não havia a presença da variável dor abdominal de forte intensidade, expressando uma especificidade de 52%. Concluimos, também, que se a variável dor de forte intensidade estiver presente durante a entrevista dos pacientes, a probabilidade do paciente ter a doença abdome agudo é de 73% (valor preditivo positivo). Por outro lado, se não houver a presença de dor de forte intensidade, a probabilidade do paciente não ter a doença é de 48% (valor preditivo negativo). De acordo com a acurácia, a proporção de todos os resultados dos testes está correta em 63% das vezes (Tabela 5).

Portanto, os resultados obtidos indicam que o diagnóstico de abdome agudo realizado por meio da utilização da variável dor de forte intensidade apresenta regulares valores para os testes de validação diagnósticos.

Analisando a Tabela 7, observamos que a hiporexia ( $p = 0,000$ ) foi considerada variável significativa para a predição de abdome agudo nos pacientes portadores de dor abdominal aguda que procuraram por atendimento médico no HSCMV.

Tabela 7 – Medida da variável preditora (hiporexia) e o desfecho (abdome agudo)

Variável preditora	Diagnóstico de abdome agudo		Total
	Sim	Não	
Hiporexia			
Com hiporexia	60	10	70
Sem hiporexia	18	32	50
Total	78	42	120

Teste do qui-quadrado com  $p < 0,05$

Razão de Prevalência 2,4

Podemos afirmar, para essa população de pacientes, que a prevalência de Abdome Agudo é de 86% nos pacientes com hiporexia, de 36% nos pacientes sem hiporexia e de 65% no geral. A chance do paciente portador de dor abdominal aguda associada à hiporexia de apresentar abdome agudo é 2,4 vezes maior do que naquele paciente com dor abdominal aguda sem hiporexia.

Podemos concluir que 60 dos 78 pacientes com diagnóstico de abdome agudo apresentaram à variável hiporexia durante a entrevista, expressando uma sensibilidade de 77%. Por outro lado, dos 42 pacientes que não tiveram abdome agudo, em 32 casos não havia a presença da variável hiporexia, expressando uma especificidade de 76%. Concluimos, também, que se a variável hiporexia estiver presente durante a entrevista dos pacientes, a probabilidade do paciente ter a doença abdome agudo é de 86% (valor preditivo positivo). Por outro lado, se não houver a presença de hiporexia, a probabilidade do paciente não ter a doença é de 64% (valor preditivo negativo). De acordo com a acurácia, a proporção de todos os resultados dos testes está correta em 77% das vezes (Tabela 5).

Portanto, pelos resultados encontrados, verificamos que se considerarmos o exame complementar e/ou cirúrgico como teste padrão ouro para identificar os indivíduos doentes e sadios, a variável hiporexia, obtida durante a entrevista dos pacientes (anamnese), é recomendável para proceder ao diagnóstico de abdome agudo, pois o método apresenta resultados apreciáveis.

Analisando a Tabela 8, observamos que a alteração do hábito intestinal ( $p = 0,007$ ) foi considerada variável significativa para a predição de abdome agudo nos pacientes portadores de dor abdominal aguda que procuraram por atendimento médico no HSCMV.

Tabela 8 – Medida da variável preditora (alteração do hábito intestinal - AHI) e o desfecho (abdome agudo)

Variável preditora	Diagnóstico de abdome agudo		Total
	Sim	Não	
Alteração hábito intestinal			
Com alteração	25	4	29
Sem alteração	53	38	91
Total	78	42	120

Teste do qui-quadrado com  $p < 0,05$

Razão de Prevalência 1,5

Podemos afirmar, para essa população de pacientes, que a prevalência de Abdome Agudo é de 86% nos pacientes com AHI, 58% nos pacientes sem AHI e 65% no geral. A chance do paciente portador de dor abdominal aguda associada à AHI de apresentar abdome agudo é 1,5 vezes maior do que naquele paciente com dor abdominal aguda sem AHI.

Podemos concluir que 25 dos 78 pacientes com diagnóstico de abdome agudo apresentaram à variável AHI durante a entrevista, expressando uma sensibilidade de 32%. Por outro lado, dos 42 pacientes que não tiveram abdome agudo, em 38 casos não havia a presença da variável AHI, expressando uma especificidade de 90%. Concluimos, também, que se a variável AHI estiver presente durante a entrevista dos pacientes, a probabilidade do paciente ter a doença abdome agudo é de 86% (valor preditivo positivo). Por outro lado, se não houver a presença de AHI, a probabilidade do paciente não ter a doença é de 42% (valor preditivo negativo). De acordo com a acurácia, a proporção de todos os resultados dos testes está correta em 53% das vezes (Tabela 5).

Portanto, os resultados obtidos indicam que o diagnóstico de abdome agudo realizado por meio da utilização da variável AHI apresenta baixo valor de sensibilidade, ou seja, grande quantidade de falso-negativos, podendo deixar de diagnosticar pessoas que tenham a doença. Em relação à especificidade o seu valor é bastante elevado, por conseguinte, quando a AHI for julgada negativa é bastante confiável a ausência de abdome agudo.

Esse estudo demonstra a sua importância porque não apenas observa os sintomas relacionados à dor abdominal aguda, como faz a maioria dos autores, como assinala as variáveis independentes preditoras de abdome agudo, calculando-se suas prevalências e suas significâncias em prever a presença de abdome agudo, avaliando-se, também, a acurácia dessas informações.

Diante do exposto, as variáveis, dor abdominal de forte intensidade, hiporexia e alteração do hábito intestinal, servirão como sinais de alerta para triagem precoce dos pacientes portadores de dor abdominal aguda em centros de referência no manejo desses pacientes, como o HSCMV, ou para triagem precoce desses pacientes durante o acolhimento com triagem de risco nos serviços que compõem a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (Figura 12).

Conforme as informações apresentadas nesse estudo, proponho a utilização do fluxograma abaixo para atendimento inicial dos pacientes com dor abdominal aguda que acessarem o Pronto Socorro do HSCMV. Desta forma, o usuário e, em última instância, o Sistema Único de Saúde se beneficiarão de um diagnóstico precoce.

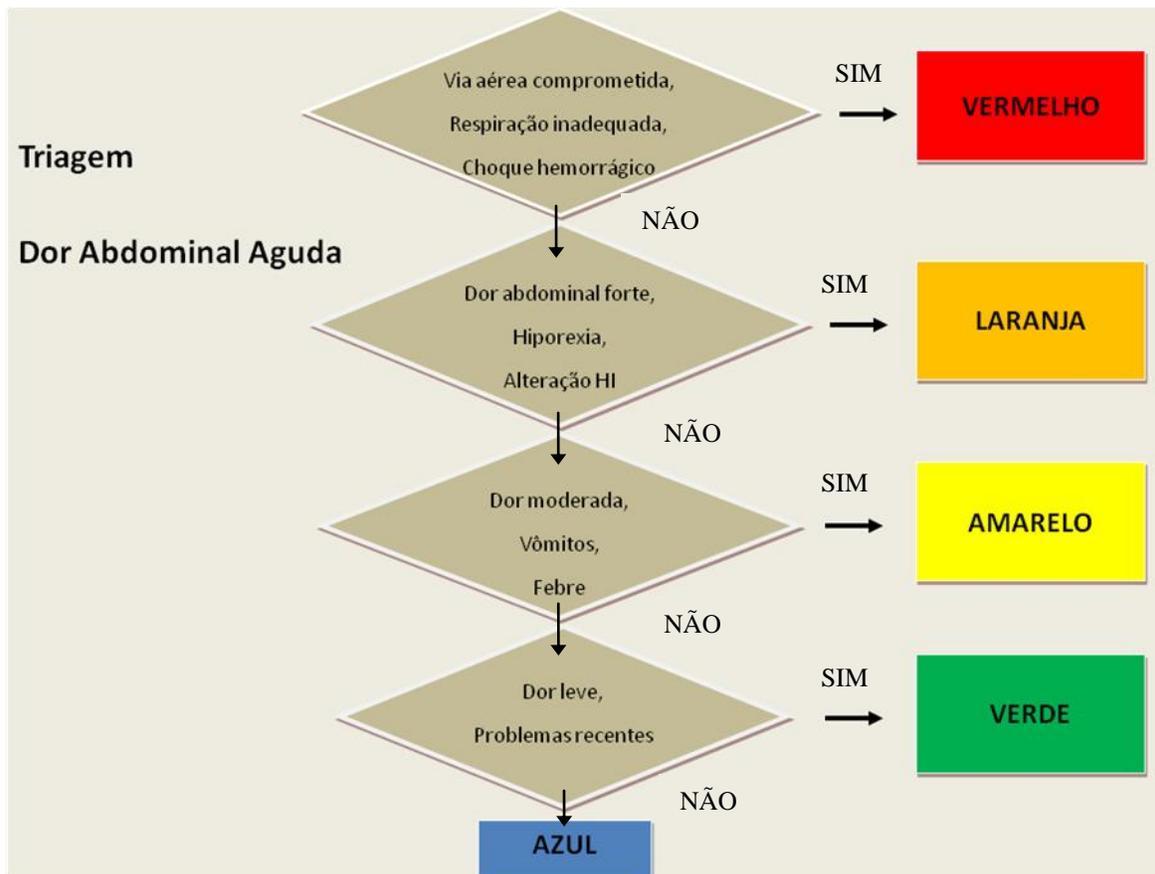


Figura 12- Proposta de fluxograma para triagem dos pacientes com dor abdominal aguda

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos os determinantes históricos do Brasil, notadamente, as políticas públicas, foi possível observar que os diversos modelos de atenção à saúde implantados no país antes do surgimento do SUS, portanto, sem participação popular, receberam forte influência do cenário político-econômico-social nacional e internacional.

O período colonial foi marcado pela ausência de uma política direcionada para a saúde, pela escassez de médicos e pela prática dos costumes religiosos, culturais e medievais, sendo frequente a ocorrência de epidemias provocadas por doenças infectocontagiosas. Isso porque Portugal tinha, como único objetivo para sua Metrópole, a extração de suas riquezas e a exploração de outros povos por meio do regime lucrativo de escravidão. A vinda da refugiada Corte portuguesa para o Brasil fez com que surgisse o modelo de atenção à saúde higienicista, dada a precariedade nas condições de vida da maioria da população brasileira, o que incomodava a elite nacional perante a presença de uma ilustre monarquia. Coube à Academia Imperial de Medicina recuperar o saber médico e elaborar um amplo programa de saúde pública. Com o advento da República e a industrialização do país, o Estado passou a assumir o papel de gestor da saúde, implantando um modelo segregado de atenção à saúde campanhista, direcionado para a parcela urbana da população, setor de determinância vital para a economia nacional. Foi somente a partir das primeiras décadas do século XX que a classe operária emergente, influenciada pelos imigrantes italianos, rompeu com o liberalismo do Estado, e fez surgir o embrião do seguro social, com modelos de atenção à saúde direcionados para os trabalhadores formais do país. O “milagre econômico” do regime militar trouxe consigo o modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde, cujo objetivo era o de representar os interesses do capital internacional, conduzindo os serviços e ações de saúde para a cura das doenças. Somente em 1983, com o advento das Ações Integradas de Saúde, é que as ações de saúde se tornaram amplamente integradas no contexto curativo, preventivo e educativo.

O SUS, a maior política social existente no Brasil, é uma recente conquista da sociedade brasileira. Ele nasceu como resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros, com a proposta de ser uma política de saúde de caráter inclusivo. Seus

princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma que deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização.

A proposta do SUS é datada historicamente e, enquanto um sistema ideal, em construção, contém elementos que só serão atingidos num esforço prolongado e conjunto de todos os defensores da saúde pública no país. Em relação à adoção de seus princípios, tornam-se necessárias avaliações periódicas, pesquisas científicas, para balancear os avanços e enunciar as medidas a serem implantadas, no sentido de atingir o fim proposto, orientado pela universalidade, equidade, integralidade e por uma organização em moldes descentralizados e com participação popular. Entretanto, na prática cotidiana da saúde, observamos o prevalecimento ainda de itens e comportamentos reminiscentes da lógica privatista, próprias das relações capitalistas, dominantes antes de o SUS ser incorporado como guia da prática social de saúde no sistema brasileiro.

Atualmente, a luta a ser empreendida é para não permitir que o sistema de saúde brasileiro seja colonizado pela lógica mercantil, precisando esse cuidado ser muito maior nas articulações com a medicina privada. Ou seja, é preciso criar condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde se aproxime mais dos indivíduos e se torne mais humano, solidário e resolutivo. A assistência à saúde deve voltar-se para a realidade local e considerar os sujeitos em sua singularidade, complexidade, integridade e inserção sociocultural. Desse modo, a base do sistema encontra-se na Atenção Primária, localizada em diversos pontos do território nacional, junto aos aglomerados residenciais e organizada em Redes de Atenção, de forma poliárquica, cooperativa na prestação em serviços de saúde, no atendimento à exigência da concepção democrática e racional de organizações de um Sistema Integrado de Saúde.

A sociedade organizada, ligada à política de saúde, deve assumir o controle social das práticas de saúde pública, guiadas por uma estratégia eficiente e resolutiva que permita o acesso imediato dos usuários, isto é, correlato a sua necessidade do serviço e dentro de uma continuidade na prestação dos atos de saúde, na rede das unidades de Atenção Primária. Os serviços dessa Rede precisam ser capazes de atender a toda demanda ou pelo menos parte significativa dela, no sentido de interferir precocemente na história natural das doenças. Essas atribuições da Atenção

Primária constituem-se peça central em todo o processo de reorganização das redes e sistemas de saúde.

Mesmo que a Atenção Primária seja propugnada como peça fundamental à sobrevivência do SUS, a falta de efetividade das políticas de saúde, na Atenção Primária, contribui para a geração de uma crescente demanda por serviços de saúde, culminando com uma sobrecarga dos demais níveis de atenção à saúde e falência da Rede de Atenção à Saúde. Há décadas, esses fatos são observados na Rede de Urgência e Emergência, como resultado da fragilidade na implantação, e não na elaboração, de políticas públicas de saúde, determinando o ressurgimento de um modelo de segregação social.

Existe Política voltada para a normatização técnica dessa Rede, inclusive com fundamentos para a elaboração do Plano Estadual de Atendimento às Urgências e Emergências, tendo como princípio fundamental o acolhimento com triagem de risco dos usuários em todos os níveis de atenção à saúde, a ordenação dos fluxos de pacientes entre os serviços de saúde sob gerenciamento de um Complexo de Regulação Médica e a constante adequação das problemáticas no Comitê Gestor da Urgência e Emergência.

Também há Política voltada para estruturar e organizar essa Rede de Urgência e Emergência, a partir dos componentes de assistência pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar.

Há Política direcionada para a humanização no atendimento, incentivando a formação de equipes multiprofissionais envolvidas no processo de produção de saúde e aumentando o grau de corresponsabilidade de todos os atores desse processo, para o desenvolvimento de um novo modelo de atenção e gestão centrado no cidadão.

Em consonância com essas Políticas, foi desenvolvida uma Política para qualificação da atenção à saúde, tendo como etapa inicial a qualificação dos serviços de urgência e emergência, haja vista uma eminente falência dessa Rede. O objetivo é o desenvolvimento e modernização desses serviços por meio do financiamento de reformas estruturais e substituição dos equipamentos ora obsoletos, além do investimento na qualificação do profissional, por meio da criação dos núcleos de educação permanente.

Como foi explanado, não há carência em Políticas Públicas de Saúde, porém há uma enorme dificuldade político-econômica e social de transformar as leis em ações de saúde. Soma-se a esse fato a necessidade de mudanças nas estruturas curriculares das universidades, voltando seus ensinamentos para as mazelas da sociedade e qualificando profissionais de saúde para o atendimento de pacientes acometidos por urgências e emergências. Hoje, percebemos que o mercado informal se volta para a supressão dessa deficiência curricular. Inúmeros cursos direcionados para o saber da urgência e emergência são lançados aos estudantes, de forma, muitas vezes, não regulamentada pelos órgãos competentes, entre eles o Ministério da Educação.

No Estado do Espírito Santo, há uma incipiência na implantação de Redes de Atenção à Urgência e Emergência. Atualmente, essa temática está sendo discutida, a passos curtos e lentos, na Região Metropolitana da Grande Vitória, enquanto o caos se instala progressivamente, determinando grande insatisfação dos usuários e profissionais de saúde que atuam no setor de urgência e emergência. Os componentes de assistência e gestão dessa Rede não estão unificados para o desenvolvimento de processos de trabalho poliárquicos, prejudicando, portanto, o atendimento de forma integral aos usuários do SUS.

Algumas Redes Temáticas necessitam de implantação imediata no Estado, pois representam doenças com alto poder de agressividade, frequentes nos serviços de saúde, provocando um desequilíbrio entre a demanda e a oferta de serviços. Entre elas está a Rede da Dor Abdominal Aguda. A implantação dessa Rede pode mudar a situação caótica dos serviços de urgência e emergência da sociedade espírito-santense, desde que pautadas no princípio de humanização da assistência.

O HSCMV tem grande potencial para fomentar essa Rede de Atenção à Urgência e Emergência. Um Hospital Filantrópico, direcionado para a assistência, ensino e pesquisa, possuidor de um renomado corpo clínico de profissionais e gestores de saúde, não pode ser excluído desse processo de mudança que a sociedade tanto almeja, mas, para tanto, precisa de investimentos financeiros proporcionais a sua adequação nessa Rede.

Ao analisarmos os pacientes com dor abdominal aguda que procuraram por atendimento no Pronto-Socorro do HSCMV, observamos que o seu perfil foi caracterizado, predominantemente, por pacientes procedentes da Região Metropolitana da Grande Vitória, em sua maioria do

município de Cariacica, adultos, do sexo feminino, que procuraram por atendimento médico após 24 horas do início da dor abdominal aguda. A dor foi caracterizada por ser de forte intensidade, estando associada mais frequentemente a náuseas, hiporexia e vômitos.

Verificamos uma significativa prevalência de abdome agudo nesses pacientes portadores de dor abdominal aguda. Identificamos como sinais de alerta preditores de abdome agudo, a presença de um dos componentes da tríade: dor abdominal de forte intensidade, hiporexia e alteração do hábito intestinal.

Diante do exposto, os sinais de alerta dor abdominal de forte intensidade, hiporexia e alteração do hábito intestinal servirão como marcadores para abdome agudo, podendo ser utilizados na triagem de pacientes com dor abdominal aguda que acessarem o serviço de urgência e emergência do Pronto-Socorro do HSCMV, impondo atendimento prioritário para essa parcela da população, evitando-se a tempo as complicações de um diagnóstico tardio e ofertando melhorias na qualidade da atenção à saúde e na gestão da Rede de Urgência e Emergência.

Faz-se necessário ampliar esta pesquisa para toda a Rede de Atenção à Saúde, pública e privada, validando estes dados, e tornando-os um programa de saúde. Para atingir essa meta, há necessidade de informatização do Sistema, de criação de protocolos de manejo clínico dos pacientes, assim como de protocolos de fluxo entre os serviços de saúde e protocolos de regulação médica, para aquisição de um poderoso banco de dados, acessível a todos os pesquisadores.

Esperamos, assim, começar a reescrever a história para conquistarmos um novo futuro.

## 7 REFERÊNCIAS

A REGIÃO Metropolitana da Grande Vitória. 2010. Disponível em: <<http://www.vitoria-es-brasil.com/index.php>>. Acesso em: 15 jan. 2011.

ABREU, J. L. N. A Colônia enferma e a saúde dos povos: a medicina das ‘luzes’ e as informações sobre as enfermidades da América portuguesa. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.761-778, jul.-set. 2007.

AGRANOFF, R. & LINDSAY, V. A. Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. *Public Administration Review*, v.43, p.227-238, 1983.

ALVES, J. G. Abdome agudo – do clínico para o radiologista. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOLOGIA. **Radiologia e diagnóstico por imagem: abdome**. Rio de Janeiro: Rubio, 2005. cap.2, p.11-20.

AMARAL, P. C. G.; GALVÃO, T. D. Pancreatite aguda. In: In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.21, p.234-252.

AMARAL, P. C. G.; MAGALHÃES NETO, G. E. J. Colecistite aguda. In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.20, p.226-233.

BARACAT, E. C.; SOARES JÚNIOR, J. M.; NICOLAU, S. M. Abdome agudo em ginecologia. In: LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. **Abdome agudo: clínica e imagem**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap.11, p.173-190.

BARTONE, G. et al. Clinical symptoms of intestinal vascular disorders. **Radiology Clinics of North America**, v.46, p.887-889, 2008.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, v.18, n.3, p.33-40, 2004.

BERTOLLI FILHO, C. Da colonização à República: a raiz histórica da doença. In: \_\_\_\_\_. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003a. cap.1, p.5-15.

\_\_\_\_\_. Na República o Brasil “civiliza-se”. In: \_\_\_\_\_. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003b. cap.2, p.16-29.

\_\_\_\_\_. A saúde pública na era de Vargas (1930-1945). In: \_\_\_\_\_. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003c. cap.3, p.30-38.

\_\_\_\_\_. A democratização e a saúde (1945-1964). In: \_\_\_\_\_. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2003d. cap.4, p.39-48.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BORGES, P. S. G. N.; LIMA, M. C.; FALBO NETO, G. H. Validação do escore de Alvarado no diagnóstico de apendicite aguda em crianças e adolescentes no instituto materno infantil de Pernambuco, IMIP. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.3, n.4, p.439-445, out./dez. 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: 1988**. Brasília.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. (Série E. Legislação de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. p. 47-60. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006c. p. 61-98. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Qualisus** – Política de qualificação da atenção à saúde. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM/MS n.º 577**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao>>. Acesso em: 15 jan. 2008.

BRUNETTI, A.; SCARPELINI, S. Abdômen agudo. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.40, n.3, p.358-67, jul./set. 2007.

BUENO, E. O Brasil indígena. In:\_\_\_\_\_. **Brasil: uma história: cinco séculos de um país em construção**. São Paulo: Leya, 2010a. cap.2, p.18-27.

\_\_\_\_\_. O Brasil francês. In:\_\_\_\_\_. **Brasil: uma história: cinco séculos de um país em construção**. São Paulo: Leya, 2010b. cap.7, p.78-87.

\_\_\_\_\_. Sangue no pampa e no sertão. In:\_\_\_\_\_. **Brasil: uma história: cinco séculos de um país em construção**. São Paulo: Leya, 2010c. cap.23, p.260-271.

\_\_\_\_\_. O Brasil dos imigrantes. In:\_\_\_\_\_. **Brasil: uma história: cinco séculos de um país em construção**. São Paulo: Leya, 2010d. cap.24, p.272-281.

\_\_\_\_\_. A revolução de 30. In:\_\_\_\_\_. **Brasil: uma história: cinco séculos de um país em construção**. São Paulo: Leya, 2010e. cap.29, p.328-339.

CALDEIRA, J. 1562 – A morte pelos micróbios. In:\_\_\_\_\_. **Brasil: a história contada por quem viu**. São Paulo: Mameluco, 2008, p.97-98.

CANGEMI, J. R.; PICCO, M. F. Intestinal ischemia in the elderly. **Gastroenterology Clinics of North America**, v.38, p.527-540, 2009.

CAPPELL, M. S. Acute pancreatitis: etiology, clinical presentation, diagnosis, and therapy. **The Medical Clinics of North America**, v.92, p.889-923, 2008.

CARDOSO JÚNIOR, A. et al. Abdome agudo inflamatório. In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.19, p.205-225.

CARTWRIGHT, L. S.; KNUDSON, M. P. Evaluation of acute abdominal pain in adults. **American Family Physician**, North Carolina, v.77, n.7, p.971-978, april 2008.

CASTELLS, M. A sociedade em rede. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.

CHINZON, D. et al. Aspectos gerais, fisiopatologia e diagnóstico. In: GAMA-RODRIGUES, J. J.; DEL GRANDE, J. C.; MARTINEZ, J. C. **Tratado de Clínica Cirúrgica do Sistema Digestório**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap.13.1, p.381-383.

COELHO, J. C. U.; CAMPOS, A. C. L. Litíase vesicular e colecistite. In: KALIL, A. N.; COELHO, J.; STRAUSS, E. **Fígado e vias biliares: clínica e cirúrgica**. Rio de Janeiro: RevinteR, 2001. cap.45, p.567-583.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Resolução CFM n.º 1451/95**. São Paulo, 1995.

COSTA, M. C. C. Karl Marx e a história da exploração do homem. In: \_\_\_\_\_. **Sociologia: introdução à ciência da sociedade**. 3. ed. São Paulo: Moderna, 2005. cap.7, p.110-136.

DIAS, A. R.; GONDIM, A. C. N.; NAHAS, S. C. Atualização no tratamento da diverticulite aguda do cólon. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.29, n.3, p.363-371, 2009.

DOMINGUES, S. H. S. Abdome Agudo: Conceito e Classificação. In: LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. **Abdome agudo: clínica e imagem**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap.4, p.49-50.

DUBEUX, L. S.; FREESE, E.; REIS, Y. A. C. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1508-1518, ago. 2010.

ELWOOD, D. R. Cholecystitis. **Surgical Clinics of North America**, v.88, p.1241-1252, 2008.

ESPÍRITO SANTO. Secretária de Estado da Saúde. **Diretrizes de saúde da pessoa idosa**. Vitória: 2008. (Coleção uma nova saúde).

FAEL, E; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008.

FALK, M. L. R.; RAMOS, M. Z.; SALGUEIRO, J. B. A rede como estratégia metodológica da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, supl. I, p. 709-17, 2009.

FAUSTO, B. O Brasil colonial (1500-1822). In: \_\_\_\_\_. **História concisa do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009a. cap.1, p.9-75.

\_\_\_\_\_. O Brasil monárquico (1822-1889). In: \_\_\_\_\_. **História concisa do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009b. cap.2, p.77-138.

\_\_\_\_\_. A primeira República (1889-1930). In: \_\_\_\_\_. **História concisa do Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009c. cap.3, p.139-183.

FERRAZ, E. D.; LACOMBE, D. L. P. Doença diverticular dos cólons. In: \_\_\_\_\_. **Clínica cirúrgica: fundamentos teóricos e práticos**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap.42, p.403-409.

FLASAR, M. H.; GOLDBERG, E. Acute abdominal pain. **The Medical Clinics of North America**, Baltimore, v.90, p.481-503, 2006.

FLASAR, M. H.; CROSS, R.; GOLDBERG, E. Acute abdominal pain. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, Baltimore, v.33, p.659-684, 2006.

FLEURY, S. M. T. & OUVENEY, A. M. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GALVÃO, M. C. Colecistite aguda. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOLOGIA. **Radiologia e diagnóstico por imagem: abdome**. Rio de Janeiro: Rubio, 2005a. cap.5, p.55-71.

\_\_\_\_\_. Apendicite aguda. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOLOGIA. **Radiologia e diagnóstico por imagem: abdome**. Rio de Janeiro: Rubio, 2005b. cap.7, p.103-118.

\_\_\_\_\_. Pancreatite aguda. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOLOGIA. **Radiologia e diagnóstico por imagem: abdome**. Rio de Janeiro: Rubio, 2005c. cap.12, p.207-224.

GOLDMAN, R. D. et al. Prospective Validation of the Pediatric Appendicitis Score. **The Journal of Pediatrics**, v.153, p.278-82, 2008.

GOMES, L. A fuga. In: \_\_\_\_\_. **1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2007a. cap.1, p.31-36.

\_\_\_\_\_. A viagem. In: \_\_\_\_\_. **1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2007b. cap.7, p.82-96.

\_\_\_\_\_. Salvador. In: \_\_\_\_\_. **1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2007c. cap.8, p.97-109.

\_\_\_\_\_. O Rio de Janeiro. In: \_\_\_\_\_. **1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil.** São Paulo: Planeta do Brasil, 2007d. cap.12, p.140-151.

GUSMÃO FILHO, F. A. R. **Análise de implantação da política de qualificação da atenção à saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três hospitais do município do Recife.** 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ILGEN, J. S.; MARR, A. L. Cancer emergencies: the acute abdomen. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v.27, p.381-399, 2009.

INOJOSA, R. M. Revisitando as redes. *Divulgação em Saúde para o Debate*, v.41, p.36-46, 2008.

INFRA-ESTRUTURA. 2009. Disponível em: <<http://www.santacasavitoria.org>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

INSTITUTO LATINO-AMERICANO PARA ESTUDOS DA SEPSE. **Sepse: manual.** São Paulo: Atheneu, 2006.

KEIGHLEY, M. R. B.; WILLIAMS, N. S. Doença diverticular esquerda do colo. In: \_\_\_\_\_. **Cirurgia do ânus, reto e colo.** São Paulo: Manole, 1998. v.2, cap.35, p.1073-1151.

LANGELL, J. T.; MULVIHILL, S. J. Gastrointestinal perforation and the acute abdomen. **The Medical Clinics of North America**, v.92, p.599-625, 2008.

LAREAU, S. M.; BEIGI, R. H. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. **Infectious Disease Clinics of North America**, v.22, p.693-708, 2008.

LEITE, H. V.; PRATES, L. F. S. Gravidez ectópica rota. In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.37, p.365-370.

LOPES, A. C. Semiologia clínica do abdomen. In: LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. **Abdome agudo: clínica e imagem**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap.2, p.27-40.

LOPES FILHO, G. J. et al. Tratamento das complicações: perfuração. In: GAMA-RODRIGUES, J. J.; DEL GRANDE, J. C.; MARTINEZ, J. C. **Tratado de clínica cirúrgica do sistema digestório**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. v.1, cap.13.4.12.1, p.479-488.

LOPES FILHO, G. J.; FERRARO, J. R. Abdome agudo obstrutivo. In: LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. **Abdome agudo: clínica e imagem**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap.8, p.111-128.

LYON, C.; CLARK, D.C. Diagnosis of acute abdominal pain in older patients. **American Academy of Family Physicians**, v.74, n.9, p.1537-44, nov. 2006.

MACIEL, L. S. B.; SHIGUNOV NETO, A. A educação brasileira no período pombalino: uma análise histórica das reformas pombalinas do ensino. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.32, n.3, p.465-476, set./dez. 2006.

MANCHESTER TRIAGE GROUP. Introduction. In:\_\_\_\_\_. **Emergency triage**. 2. ed. Great Britain: Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle, 2006a. cap. 1, p. 1-4.

\_\_\_\_\_. The triage method. In:\_\_\_\_\_. **Emergency triage**. 2. ed. Great Britain: Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle, 2006b. cap. 3, p. 10-20.

\_\_\_\_\_. Patient management, triage and the triage nurse. In:\_\_\_\_\_. **Emergency triage**. 2. ed. Great Britain: Kevin Mackway-Jones, Janet Marsden, Jill Windle, 2006c. cap. 5, p. 29-34.

MANSO, J. E. F; RENTERIA, J. M.; EULÁLIO, J. M. R. Pancreatite aguda. In: VIEIRA, O. M. et al. **Clínica cirúrgica: fundamentos teóricos e práticos**. São Paulo: Atheneu, 2000. cap.50, p.471-485.

MARTINEZ, J. P.; MATTU, A. Abdominal pain in the elderly. **Emergency Medicine Clinics of North America**, v.24, p.371-388, 2006.

MATTAR, R. Abdome agudo em obstetrícia. In: LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. **Abdome agudo: clínica e imagem**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap.10, p.151-171.

MAZUSKI, J. E.; SOLOMKIN, J. S. Intra-abdominal infections. **Surgical Clinics of North America**, v.89, p.421-437, 2009.

MCWILLIAMS, G. D. E.; HILL, M. J.; DIETRICH, C. S. Gynecologic emergencies. **Surgical Clinics of North America**, v.88, p.265-283, 2008.

MELO, E. C. P.; CUNHA, F. T. S.; TONINI, T. Políticas de saúde pública. In: FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. cap. 4, p. 49-74.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: Revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos. In: \_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009a. cap. 3, p. 113-333.

\_\_\_\_\_. Os modelos de atenção à saúde. In: \_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009b. cap. 4, p. 335-576.

\_\_\_\_\_. A gestão da clínica. In: \_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009c. cap. 5, p. 577-711.

MENEGHELLI, U. G. Elementos para o diagnóstico do abdômen agudo. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p.283-293, abr./dez. 2003.

MORAES, N. A. **Saúde e poder na República Velha: 1914-1930**. 1983. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1983.

NISKA, R.; BHUIYA, F.; XU, J. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2007 Emergency Department summary. **National Health Statistics Reports**, n.26, august. 6, 2010.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.251-264, 2000.

O'DWYER, G.; MATTA, I. E. A.; PEPE, V. L. E. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 5, p. 1637-1648, 2008.

OLIVEIRA, C. R. **Medicina e Estado – origem e desenvolvimento da medicina social – Bahia: 1866-1896**. 1983. Dissertação de Mestrado. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1983.

OUVERNEY, A. M. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.42, p.12-22, 2008.

PEREIRA, A. L. et al. Programas de atenção à saúde. In: FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. 2. ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008. cap. 10, p. 253-337.

PIRES, P. da S. **Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviço de emergência: “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS)**. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

PODOLNY, J. M. & PAGE, K. L. Network forms of organization. **Annual Review of Sociology**, v.24, p.57-76, 1998.

PÔRTO, Â. Fontes e debates em torno da saúde do escravo no Brasil do século XIX. **Revista Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v.11, n.4, p.726-734, dezembro 2008 (Suplemento).

\_\_\_\_\_. O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.1019-27, out.-dez. 2006.

PORTO, C. C. Anamnese. In: \_\_\_\_\_. **Exame clínico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996a. cap.3, p.20-35.

\_\_\_\_\_. Sinais e sintomas. In: \_\_\_\_\_. **Exame clínico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara

Koogan, 1996b. cap.4, p.36-127.

RASSLAN, S.; MORICZ, A. Abdome agudo perforativo. In: LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. **Abdome agudo: clínica e imagem**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap.6, p.79-93.

REGADAS, F. S. P. et al. Diverticulite aguda dos cólons. In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.22, p.253-257.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIVERS, E. P.; AHRENS, T. Improving outcomes for severe sepsis and septic shock: tools for early identification of at-risk patients and treatment protocol implementation. **Critical Care Clinics**, v.23, p.S1-S47, 2008.

ROCHA, A. A.; ANDRADE, L. C. Abdômen agudo. In: SOUZA, V. C. T. **Coloproctologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap.31, p.309-335.

ROSEN, R. & HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Slud 2008 Sir Roger Banninster. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, v.1, p.2, 2008.

RUGGIERI, A. J.; LEVY, R. J.; DEUTSCHMAN, C. S. Mitochondrial dysfunction and resuscitation in sepsis. **Critical Care Clinics**, v.26, p.567-575, 2010.

SANCHES, D. M. et al. Exame clínico. In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.2, p.13-23.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina, Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 498-515, 2003a.

SANTOS, J. S. et al. Pancreatite aguda: atualizações de conceitos e condutas. **Medicina, Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 36, p. 266-282, abr./dez. 2003b.

SANTOS, N. R. dos. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhadas, buscas e escolhas de rumos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2009-2018, 2008.

INSITUTO DE ENSINO E PESQUISA. Relatório da pesquisa sobre saúde com a PNAD de 1998 e 2003. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.insper.edu.br/sites/default>>. Acesso em: 5 jan. 2011.

SAVASSI-ROCHA, P. R.; ALMEIDA, S. R.; SANCHES, M. D. Obstrução intestinal. In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.46, p.463-491.

SAVASSI-ROCHA, P. R.; DINIZ, M. T. C.; CLEMENTE, W. T.; Isquemia mesentérica aguda. In: GAMA-RODRIGUES, J. J.; DEL GRANDE, J. C.; MARTINEZ, J. C. **Tratado de Clínica Cirúrgica do Sistema Digestório**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. v.2, cap.42.1, p.1131-1151.

SAVASSI-ROCHA, P. R.; SANCHES, M. D.; FAHEL, E. Aspectos Anatômicos e Fisiológicos. In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.1, p.3-12.

SAVASSI-ROCHA, P. R.; VELOSO, L. F.; ALMEIDA, H. M. Isquemia mesentérica aguda. In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.43, p.407-424.

SCHORR, C. Performance improvement in the management of sepsis. **Critical Care Clinics**, v.25, p.857-867, 2009.

SCHUSTER, K. M.; DAVIS, K. A.; ROSENBAUM, S. H. Emergency and urgent surgery. **The Medical Clinics of North America**, v.93, p.1131-1148, 2009.

SCHWAB, A.; FREIRE, M. A Irmandade da Misericórdia do Espírito Santo. In:\_\_\_\_\_. **A Irmandade e a Santa Casa de Misericórdia do Espírito Santo**. Vitória: Arquivo Público Estadual, 1979. cap. II, p.27-31.

SciELO Scientific Electronic Library Online. Disponível em: <[www.scielo.org](http://www.scielo.org)>. Acesso em: 2010-11.

SHANLEY, C. J.; WEINBERGER, J. B. Acute abdominal vascular emergencies. **The Medical**

**Clinics of North America**, v.92, p.627-647, 2008.

SILVA, A. L. Obstrução intestinal. In: SOUZA, V. C. T. **Coloproctologia**. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. cap.33, p.340-360.

SILVA, H. M. S.; GÉO, M. S.; LARANJEIRA, C. L. S. Torção e ruptura de anexos uterinos. In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.38, p.371-376.

SOARES, M. de S. Médicos e mezinheiros na Corte Imperial: uma herança colonial. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.407-38, jul.-ago. 2001.

SODRÉ, N. W. O escravismo no Brasil. In:\_\_\_\_\_. **História da burguesia brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S. A., 1976. p.14-25.

SOLOMKIN, J. S.; MAZUSKI, J. Intra-abdominal sepsis: newer interventional and antimicrobial therapies. **Infectious Disease Clinics of North America**, v.23, p.593-608, 2009.

SOUZA-MORAES, M. R.; BAPTISTA-SILVA, J. C. C. Abdome agudo vascular. In: LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. **Abdome agudo: clínica e imagem**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap.7, p.95-110.

STEINMAN, M. et al. Avaliação inicial da dor abdominal aguda. In:\_\_\_\_\_. **Condutas em cirurgia de urgência**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap.5, p.21-26.

TANAKA, O. Y.; DRUMOND JÚNIOR, M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 355-366, out.-dez. 2010.

TANNEBAUM, R. D. et al. Emergency medicine in Southern Brazil. **Annals of Emergency Medicine**, Lansing, v. 37, n. 2, p. 223-228, 2001.

TINOCO, A. C. A. Úlcera péptica perfurada. In: FAHEL, E.; SAVASSI-ROCHA, P. R. **Abdome agudo não-traumático**. Rio de Janeiro: MedBook, 2008. cap.31, p.325-330.

TORREZ, F. R. A.; TRIVIÑO, T. Abdome agudo inflamatório. In: LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. **Abdome agudo: clínica e imagem**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap.4, p.51-77.

UTIYAMA, E. M.; BIROLINI, D. Abdome agudo hemorrágico. In: LOPES, A. C.; REIBSCHEID, S.; SZEJNFELD, J. **Abdome agudo: clínica e imagem**. São Paulo: Atheneu, 2004. cap.9, p.129-150.

VALLE, P. V. Obstrução intestinal. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE RADIOLOGIA. **Radiologia e diagnóstico por imagem: abdome**. Rio de Janeiro: Rubio, 2005. cap.8, p.119-148.

VICENTINO, C. A expansão marítima e a revolução comercial. In:\_\_\_\_\_. **História geral: ensino médio**. São Paulo: Scipione, 2006a. unidade IV, p.183-188.

\_\_\_\_\_. A ruína do antigo regime. In:\_\_\_\_\_. **História geral: ensino médio**. São Paulo: Scipione, 2006b. unidade IV, p.246-251.

VICENTINO, C.; DORIGO, G. A pré-história brasileira. In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997a. cap.1, p.12-34.

\_\_\_\_\_. O Brasil como colônia portuguesa. In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997b. cap.3, p.66-88.

\_\_\_\_\_. A consolidação colonial brasileira. In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997c. cap.4, p.98-131.

\_\_\_\_\_. Apogeu e crise do sistema colonial no Brasil. In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997d. cap.5, p.132-163.

\_\_\_\_\_. A política externa do Império oligárquico e o declínio do segundo reinado. In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997e. cap.8, p.240-263.

\_\_\_\_\_. A República da espada. In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997f. cap.9, p.264-282.

\_\_\_\_\_. A República oligárquica. In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997g.

cap.10, p.283-309.

\_\_\_\_\_. O declínio das oligarquias (1914-1930). In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997h. cap.11, p.310-346.

\_\_\_\_\_. A era Vargas (1930-45). In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997i. cap.12, p.348-375.

\_\_\_\_\_. O regime liberal populista (1945-64). In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997j. cap.13, p.376-404.

\_\_\_\_\_. Os anos de chumbo (1964-85). In:\_\_\_\_\_. **História do Brasil**. São Paulo: Scipione, 1997k. cap.14, p.405-432.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The world health report 2000: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva, World Health Organization, 2001.

YEH, E. L.; MCNAMARA, R. M. Abdominal pain. **Clinics in Geriatric Medicine**, v.23, p.255-270, 2007.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Caro paciente,

Buscando verificar sinais e sintomas presentes na dor abdominal aguda decorrente de abdome agudo, o (a) senhor (a) será submetido (a) a uma entrevista, após seu exame médico e controle inicial da doença, para realização de uma pesquisa, segundo as informações, abaixo, de como funcionará.

I - O objetivo principal desta pesquisa é verificar os sintomas e sinais mais frequentes no paciente com dor abdominal recente.

II - Para isso, será realizada uma entrevista para esclarecer o diagnóstico da sua dor abdominal.

III - Não se espera nenhum desconforto ou risco.

IV – Conseguindo descobrir quais os sintomas e sinais mais frequentes na dor abdominal aguda decorrente do abdome agudo, poderemos atuar mais rapidamente no diagnóstico e tratamento, bem como evitar as sequelas dessa doença.

V – Colocamo-nos à disposição para responder a qualquer pergunta ou esclarecer qualquer dúvida sobre a pesquisa.

VI – O (a) senhor (a) tem a liberdade de se retirar desta pesquisa quando desejar, sem sofrer qualquer alteração no tratamento.

VII – Nenhuma das pessoas que participarem será identificada, como também todos os seus dados serão confidenciais, tendo conhecimento apenas as pessoas que estão ligadas ao atendimento inicial.

VIII – Toda informação será passada ao (a) senhor (a) sobre o andamento do trabalho, mesmo que essa informação lhe tire a vontade de continuar participando da pesquisa.

IX – Se houver algum gasto adicional relacionado com a pesquisa, este será coberto.

Eu, \_\_\_\_\_, li, entendi e não tenho outras dúvidas sobre a carta de informação da pesquisa: “Os sinais de alerta para triagem de pacientes com dor abdominal aguda e o saber das políticas públicas”; dando o meu consentimento para participar da mesma.

Sem mais, subscrevo-me

---

Assinatura do paciente ou responsável

Mais informações, contato com o Comitê de Ética  
Telefone 3334-3586.

---

Pesquisador – Dr. Caio Duarte Neto CRM 6877 – telefone 8810-8152

---

Colaboradora – Luciana Sogame CREFITTO 16140-F – telefone 9924-2570

Vitória, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2010

Sem mais, agradeço pela participação.

## APÊNDICE B - Ficha p/ Avaliação Inicial da Dor Abdominal Aguda

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      **Município:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Telefone: cel.** \_\_\_\_\_/res. \_\_\_\_\_/cont. \_\_\_\_\_

**Sexo:** ( ) M ( ) F; **Idade:** \_\_\_; **Raça:** \_\_\_; **Queixa Principal:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### Dor Abdominal

Evolução/Início ( ) < 2h ( ) < 6h ( ) 6-12h ( ) 12-24h ( ) 24-48h ( ) 48-72h ( ) >72h

( ) Abrupto ( ) Insidioso

Tipo ( ) Cólica ( ) Queimação ( ) Fisgada ( ) Mal definida

Localização ( ) HCD ( ) HCE ( ) FLD ( ) FLE ( ) FID ( ) FIE

( ) Epigástrica ( ) Mesogástrica ( ) Hipogástrica ( ) Difusa

Irradiação ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_

Intensidade ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Forte

Agravo ( ) Alimentação ( ) Deambulação ( ) NR ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Alívio ( ) Repouso ( ) Postura Antálgica ( ) Analgésico ( ) NR ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Antecedentes ( ) Sim ( ) Não ( ) < 2 ( ) > 2

Sintomas Associados:

    Gerais:

        Hiporexia ( ) Sim ( ) Não

        Adinamia ( ) Sim ( ) Não

        Sudorese ( ) Sim ( ) Não

        Palidez ( ) Sim ( ) Não

        Febre ( ) Sim ( ) Não

        Icterícia ( ) Sim ( ) Não

        Colúria ( ) Sim ( ) Não

        Prurido ( ) Sim ( ) Não

    Cardiológicos:

        Palpitação ( ) Sim ( ) Não

        Síncope ( ) Sim ( ) Não

    Respiratórios:

        Tosse ( ) Sim ( ) Não

        Dispneia ( ) Sim ( ) Não

    Gastrointestinais:

        Epigastralgia ( ) Sim ( ) Não

            ( ) Aguda

            ( ) Crônica

            ( ) Crônica-agudizada

        Náuseas ( ) Sim ( ) Não

        Vômitos ( ) Sim ( ) Não

            ( ) Precoce

            ( ) Tardio

            ( ) Alimentares

- Biliosos  
 Fecaloide  
 Sangue  
Diarreia  Sim  Não  
 Aquosa  
 Sangue  
 Pus  
Parada Eliminação gases/fezes  Sim  Não  
 < 48h  
 > 48h

#### Ginecológicos

- Atraso menstrual  Sim  Não  
Fluxo genital  Sim  Não  
Dispareunia  Sim  Não  
Outros: \_\_\_\_\_

#### Urinários

- Disúria  Sim  Não  
Polaciúria  Sim  Não  
Nictúria  Sim  Não  
Outros: \_\_\_\_\_

#### História Patológica Progressiva:

- Hipertensão arterial  Diabetes  AVC  Cardiopatia  
 Pneumopatia  Constipação Crônica  HIV  Cirurgia  
 Medicações  AAS  AINH  Outras: \_\_\_\_\_  
 Alergias  Ausência Comorbidades  Obs: \_\_\_\_\_

**História Familiar:**  Doenças familiares \_\_\_\_\_

**Hábitos Vida:**  Etilista  UDI  Tabagista  Outros: \_\_\_\_\_

#### Hipótese Diagnóstica (considerando o Quadro):

- Dor Abdominal Causa: \_\_\_\_\_  
 Abdome Agudo  
 Inflamatório **Tipo:** \_\_\_\_\_  
 Perforativo **Tipo:** \_\_\_\_\_  
 Obstrutivo **Tipo:** \_\_\_\_\_  
 Vascular **Tipo:** \_\_\_\_\_  
 Hemorrágico **Tipo:** \_\_\_\_\_

DOR ABDOMINAL	ABDOME AGUDO	
DOENÇA PULMONAR DOENÇA CARDÍACA DOENÇA ESOFÁGICA DOENÇA PÉPTICA DOENÇA HEPÁTICA DOENÇA BILIAR DOENÇA RENAL DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DOENÇA SISTÊMICA	INFLAMATÓRIO	APENDICITE AGUDA COLECISTITE AGUDA COLANGITE AGUDA ABSCESSO HEPÁTICO PANCREATITE AGUDA DIVERTICULITE AGUDA DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA
	OBSTRUTIVO	HÉRNIA ENCARCERADA BRIDA E ADERÊNCIA CÂNCER DE INTESTINO CARCINOMATOSE INTUSSUSCEPÇÃO VÓLVULO DE CÓLON PROCESSO INFLAMATÓRIO INTESTINAL CORPO ESTRANHO VERMINOSE
	PERFURATIVO	ÚLCERA PÉPTICA PERFURADA PERFURAÇÃO POR CORPO ESTRANHO TUMOR ESPONTÂNEA PÓS-PROCEDIMENTO ENDOSCÓPICO
	VASCULAR	ISQUEMIA MESENTÉRICA AGUDA COLITE ISQUÊMICA
	HEMORRÁGICO	CISTO DE OVÁRIO ROTO GRAVIDEZ ECTÓPICA ROTA ROTURA DE TUMORES HEPÁTICOS ROTURA ESPONTÂNEA DE VÍSCERAS PARENQUIMATOSAS ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL ROTO

Quadro 4 – Possibilidades de hipóteses diagnósticas para dor abdominal e abdome agudo

Fonte: Duarte Neto (2011)

Legenda:

HCD – Hipocôndrio Direito, HCE – Hipocôndrio Esquerdo, FLD – Flanco Direito, FLE – Flanco Esquerdo, FID – Fossa Ilíaca Direita, FIE – Fossa Ilíaca Esquerda, NR – Não Relatado, AVC – Acidente Vascular Encefálico, AAS – Ácido Acetil Salicílico, AINH – Anti-Inflamatório Não-Hormonal, UDI – Usuário de Drogas Injetáveis

## ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM



# EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

## DECLARAÇÃO

O projeto de pesquisa “**Redes de Atenção à Saúde: Proposta de Escore Clínico para a Triagem de Pacientes com Dor Abdominal Aguda**”, cadastrado com o No **056/2010**, do pesquisador responsável “**Caio Duarte Neto**”, foi analisado e julgado pelo Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Instituição.

Declaramos que o referido projeto cumpre plenamente as exigências da resolução 196/96 e resoluções posteriores da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Ministério da Saúde e, portanto, foi **APROVADO**, pelo Colegiado do CEP na reunião ordinária de 27/07/2010.

Este projeto de pesquisa não poderá sofrer interrupção ou modificação na forma original apresentada sem o prévio conhecimento e consentimento deste CEP. Cabe esclarecer que o pesquisador responsável tem a obrigação de apresentar relatório dos resultados da pesquisa deste projeto ao CEP na data máxima de **27/07/2011**, sendo que o não cumprimento deste prazo resultará no impedimento do pesquisador responsável submeter novos projetos de pesquisa para análise neste CEP.

Vitória, 28 de julho de 2010.

*Dr. Elisardo C. Vasquez*  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa  
EMESCAM