

**A EVOLUÇÃO FINANCEIRA DO SETOR DE QUEIMADOS, SUA LEGITIMIDADE,
SEU FINANCIAMENTO E SUA COMPLEXIDADE
DURANTE O PERÍODO DE 2002 A 2010¹.**

Antonio Pescuma Junior

Economista e Mestrando em Economia Política pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP.

E-mail: antoniopescuma@hotmail.com

Aquilas Mendes

Professor Doutor da Faculdade de Saúde Pública /USP e do Departamento de Economia da PUC-SP.

E-mail: aquilasn@uol.com.br

Paulo Cezar Cavalcante de Almeida

Professor Doutor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e Consultor Técnico da Coordenação Geral da Média e da Alta Complexidade (CGMAC), do Departamento de Atenção Especializada (DAE), da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), pertencente ao Ministério da Saúde (MS).

E-mail: paulocavalcante@saude.gov.br

Resumo: o presente trabalho tem como objetivo descrever o tratamento de pacientes com Queimaduras, após a publicação das portarias GM 1273/MS e GM 1274/MS de 2000, a sua legitimidade a partir de 2002, sua complexidade e os volumes financeiros destinados pelo Governo Federal no período de 2002 a 2010. Com relação à metodologia, foram obtidos dados por intermédio da plataforma DATASUS relacionados ao número de AIHs, ao financiamento no período de 2002 a 2010, ao total de hospitais, a quantidade de internações em UTI e fora da UTI, a média de permanência de internação e as taxas de óbitos. A principal conclusão deste estudo foi a maior concentração de volume financeiro na região sul e sudeste do país, a falta de acesso ao atendimento em outras áreas geográficas e a necessidade de mais Investimento em tecnologia (UTIs) no setor. Por fim, são feitas considerações acerca destes dados empíricos e sugestões para novas pesquisas.

Palavras-chave: Evolução Financeira, Produção, Alta Complexidade.

¹Artigo financiado por intermédio da bolsa de estudo CAPES destinada ao Curso de Mestrado em Economia Política (PUC/SP). Recebeu o Prêmio Projeto Cris no VIII Congresso Brasileiro de Queimaduras, I Simpósio Internacional Wound Care, realizado em Florianópolis, 2012. Recebido em 08/05/2012. Librado para publicação em 08/09/2012.

THE EVOLUTION OF THE FINANCIAL SECTOR BURNS, ITS LEGITIMACY, ITS FINANCING AND ITS COMPLEXITY DURING THE PERIOD 2002 TO 2010.

Abstract: *the present study aims to describe the treatment of patients with burns, after the publication of ordinances GM 1273/MS and GM 1274/MS 2000, its legitimacy from 2002, its complexity and the financial amounts allocated by the Federal Government on 2002-2010 period. Concerning to methodology, the data were obtained through the DATASUS' platform related to the number of AIHs, the financing for the period 2002 to 2010, the total number of hospitals, the number of the ICU admissions and outside the ICU, the average hospitalization time and death rates. The main conclusion of this study was the largest concentration of trading volume in the south and southeast of the country, lack of access to care in other geographic areas and more volume of investment in the sector. Finally, considerations are made about these empirical data and suggestions for further research.*

Keywords: *Financial Development, Production, High Complexity.*

JEL Classification: **I1**

Introdução

Este artigo tem por objetivo descrever a evolução financeira relacionada ao setor de queimados e propiciar algumas reflexões sobre o seu funcionamento. Particularmente, será descrito como este segmento foi regulamentado e de que forma ele é financiado. Além disto, uma análise empírica é apresentada referente ao período de 2002 a 2010.

Primeiramente, torna-se de suma importância, entender como um Centro de Tratamento de Queimaduras (CTQ) funciona e suas principais características. Um CTQ possui uma estrutura física fechada em um determinado nosocômio, público ou privado, integrado ou não à estrutura do hospital, isolado das demais áreas, com adequados equipamentos, planta física, materiais e infra-estrutura hospitalar de apoio, tudo isso definido por lei.

Conta ainda com equipe multiprofissional especializada, composta por cirurgões plásticos, cirurgões gerais, clínicos, pediatras, anestesistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e nutricionistas.

Os profissionais devem interagir e concentrar esforços no tratamento, visando à cura e a reabilitação do paciente queimado, e estabelecer protocolos específicos de terapêutica em queimaduras em cada área de atuação.

Desta forma, percebe-se o grau de complexidade presente neste segmento e sua interatividade com outras áreas, possuindo altos custos e necessidades financeiras crescentes.

1. O setor de queimados e a sua Legitimidade

No Brasil, até o ano 2000, o tratamento de pacientes com queimaduras não possuía nenhuma normatização federal. O Estado de São Paulo foi o pioneiro em publicar no Diário Oficial do Estado a Resolução SS nº 624 de 20 de Dezembro de 1994, sob o título: “Normas Técnicas para o Atendimento de Queimaduras no Sistema de Saúde do Estado de São Paulo” (Brasil, 1994).

Essas normas, ainda em vigor, visam à padronização do tratamento das queimaduras no Estado de São Paulo e também estabelecem um modelo de como deve ser organizada uma Unidade de Tratamento de Queimaduras. A partir dessa publicação da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, o governo federal iniciou, em 1999, um protocolo de estudo sobre as condições do tratamento dos pacientes queimados no país, tendo como objetivo organizar o sistema e proporcionar limites para o financiamento ao segmento (Gomes; Serra; Pellon, 1995). Relativamente contemporânea, também, é a solicitação da então recém-criada Sociedade Brasileira de Queimaduras - SBQ (1995), para que esse tratamento fosse normatizado. Para esse fim, o Ministério da Saúde criou um grupo de estudos e definiu normas e diretrizes a serem adotadas no tratamento de queimaduras.

Em 20 de novembro de 2000 o Ministério da Saúde (MS) publicou os estudos feitos pela Secretaria de Assistência à Saúde e Coordenação da Alta Complexidade, hoje Secretaria de Atenção à Saúde e Coordenação da Alta e Média Complexidade, nas Portarias GM nº 1273 e 1274 (Brasil, 2000).

Essas portarias, que foram republicadas por terem saído com incorreções, criaram “mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência a Queimados em todo o Brasil e também estabeleceram uma nova Tabela de Procedimentos no SUS”, desta forma, efetivou-se o registro sistemático dos atendimentos realizados (Gomes; Serra; Pellon, 1995, p. 1-7).

Após o ano 2000 com a publicação da portaria GM n. 1273 e n. 1274, o paciente queimado, que permanecia à margem do Sistema Único de Saúde – SUS, teve reconhecida a sua devida importância e seu lugar garantido na política de saúde pública regulamentada e conduzida pela Coordenação Geral da Alta e Média Complexidade.

Nessa ocasião foram habilitados 33 Centros de Tratamento de Queimaduras (CTQs) no Brasil, que iniciaram a formação da rede nacional de atendimento ao queimado. Com essa rede os CTQs passaram a ter remuneração diferenciada, nova estrutura física, funcional e a oficialização da atuação de equipes multiprofissionais para o tratamento das queimaduras. A partir deste ano de 2000 a produção do setor assumiu uma maior importância e os fluxos financeiros para o seu financiamento foram alocados e programados de acordo com o grau de necessidade do setor.

Atualmente, o Brasil possui 42 CTQs habilitadas pelo Ministério da Saúde e mais 4 em fase de habilitação (UNIFESP-SP, Bauru-SP, Marília-SP, Cruz das Almas-BA), porém nove estados brasileiros ainda não possuem nenhuma referência para o tratamento de queimaduras. A maioria dos estados onde não há hospitais especializados em tratamento de queimaduras está localizada nas regiões norte e nordeste (Anexo), demonstrando uma dificuldade no acesso dos serviços.

O atendimento aos pacientes queimados no país esta normatizado e diferente do que foi no passado. O número de óbitos diminuiu consideravelmente e o tratamento das queimaduras passou a ter outro enfoque, não só por parte dos profissionais da área, como também da sociedade como um todo.

Recentemente foram adotadas novas medidas pelo Ministério da Saúde: houve melhoria na Tabela de Procedimentos Cirúrgicos do SUS e inclusão de novos materiais na Tabela de Órteses, Próteses e Materiais.

De acordo com a Tabela 1, em 2006 o Ministério da Saúde registrou, por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) da rede pública do SUS em Hospitais Gerais e Centros de Referência para Tratamento de Queimaduras, 33.684 internações de pacientes queimados, que geraram 241.259 dias de permanência em leitos de enfermaria, 17.614 diárias de UTI, e 843 óbitos no Brasil.

Tabela 1 - Tabela gerada pelo DATASUS/TABWIN - Produção Hospitalar – em 13 de fevereiro de 2010, de acordo com o CID 10 (Queimadura).

Ano 2006				
UF int	Frequência	Óbitos	Permanência (dias)	Diárias de UTI
Rondônia	164	-	1.506	4
Acre	48	-	404	-
Amazonas	52	-	309	-
Roraima	9	-	50	7
Pará	1.028	5	5.788	52
Amapá	110	-	1.132	-
Tocantins	411	2	2.018	25
Maranhão	571	4	3.266	59
Piauí	283	8	2.077	-
Ceará	1.435	37	9.173	89
Rio Grande do Norte	235	10	2.288	-
Paraíba	1.275	31	8.01	37
Pernambuco	2.317	51	20.023	156
Alagoas	481	8	4.002	-
Sergipe	582	9	4.674	76
Bahia	2.717	69	16.544	132
Minas Gerais	3.868	135	30.599	2.734
Espírito Santo	640	8	7.296	915
Rio de Janeiro	1.352	87	15.753	569
São Paulo	6.33	208	49.724	10.219
Paraná	2.247	54	13.986	359
Santa Catarina	925	8	6.821	154
Rio Grande do Sul	1.974	52	14.179	718
Mato Grosso do Sul	445	19	4.298	138
Mato Grosso	454	9	2.957	71
Goiás	3.072	24	10.028	1.072
Distrito Federal	659	5	4.354	28
Total	33.684	843	241.259	17.614

Fonte: Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS, DATASUS. Disponível em: < www.datasus.gov.br >.

Segundo Nazário & Leonardi (2012), estima-se que aproximadamente 1.000.000 de acidentes por queimaduras ocorram por ano no Brasil; destes, 100.000 procurarão atendimento Hospitalar e 2.500 irão falecer por complicações diretas ou indiretas de suas lesões. Estes dados são equivalentes aos publicados por outros países em desenvolvimento, porém diferem consideravelmente dos países do primeiro mundo (Pam La Borde, 2004; Guttormsen; Eriksen, 2008; Ghaffar; Husain; Risvi, 2008; Tang et al., 2006; Pegg, 2005; Franco et al., 2006).

Um das formas para minimizar os acidentes, especialmente entre crianças, consiste na realização de campanhas publicitárias com o intuito de educar e prevenir, nos E.U.A, isto foi feito e teve resultados satisfatórios, com diminuições dos percentuais de acidentes entre a faixa etária inferior a 12 anos (Elberg et al., 1987).

Nos Estados Unidos e Canadá existiam até 2003, 159 CTQs (138 e 21, respectivamente), disponibilizando quase 2.000 leitos para tratamento de queimados. De acordo com matéria publicada no “US Today”² em 2007, estes números já não são os mesmos, pois alguns hospitais nos Estados Unidos da América-EUA fecharam seus CTQs, diminuindo seu número para 127. Os leitos disponíveis naquele país eram 1.897 e passaram a 1.820, de acordo com os registros da “American Burn Association”³. As causas para a diminuição destes CTQs são semelhantes às do Brasil: alto custo e pouco investimento do governo. Alguns administradores hospitalares e comentaristas ousam dizer que os CTQs nos EUA são “*unidades hospitalares onde se perde dinheiro*” e que os pacientes queimados deveriam ser atendidos nas unidades de trauma dos hospitais gerais. Porém muitos estudiosos da área são unânimes em dizer que, ao contrário do que pensam os administradores e comentaristas, pacientes queimados devem ser tratados em unidades específicas para queimados, devidamente projetadas para este fim, com materiais e equipamentos adequados e equipe especializada para este intuito.

Como ocorre no Brasil, não há uma estimativa exata de quantos acidentes por queimaduras ocorrem ao ano nos EUA, mas calcula-se que 45.000 pacientes são internados em hospitais americanos e que, ao ano, ocorram 3.000 óbitos. Dos 45.000 pacientes internados, 20.000 são tratados nos CTQs americanos devido à extensão da

² Washington Post Journal. “Hospitals are shutting down burn centers”. [citado em 05/01/2011]. Disponível em: (<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/08/08/AR2007080800272.html>)

³ American Burn Association/Resources. “Burn Incidence and Treatment in the United States: 2011 Fact Sheet”. [citado em 06/01/2011]. Disponível em: (<http://www.ameriburn.org/index.php>).

queimadura, aos traumas ou às doenças associadas. Em média, 42 pacientes por milhão são internados com grandes queimaduras e 40 pacientes por milhão são internados com queimaduras menores e doenças associadas³

Ao tomarmos como exemplo o modelo americano, que disponibiliza, em média, um leito especializado para o tratamento de queimaduras para cada 140.000 habitantes, percebe-se que existe um grande déficit de leitos no Brasil, que possui um leito especializado para cada 327.167 habitantes, de acordo com informações do Ministério da Saúde (MS).

1. O Financiamento

Todos os CTQs que hoje existem em hospitais públicos ou prestadores de serviços ao SUS são custeados pelo governo federal após a habilitação, ou seja, autorização para funcionamento, definindo um teto financeiro para aquele Serviço, baseado no número de leitos de enfermaria e de UTI que ele possui. Este teto foi calculado em 2007, tendo como base as diretrizes do Pacto pela Saúde e sendo uma média das séries históricas de produção de todos os serviços habilitados no Brasil (Brasil, 2007).

Desta forma o SUS paga a AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e a APAC (Autorização Para Procedimentos de Alta Complexidade – em ambulatório) emitidas pelos serviços habilitados pelo Ministério da Saúde diretamente aos estados ou municípios a que pertencem.

É sabido que os recursos públicos são escassos e nem sempre suprem as necessidades para a totalidade de um determinado projeto. O Ministério da Saúde possui como ferramentas de financiamento o GESCON - Gestão Financeira e de Convênios, gerido pelo Fundo Nacional de Saúde/FNS, o SISPAG – Sistema de Pagamentos do Fundo Nacional de Saúde/FNS e as Emendas Parlamentares. Estes instrumentos são fontes de recursos que possibilitam o financiamento de reformas, construções e compra de equipamentos de hospitais e clínicas no serviço público. Porém, o processo de obtenção dos recursos federais carece de editais para a abertura destes programas de crédito que são de publicação semestral, sem data determinada e sem o anúncio prévio.

A demanda de pedidos é muito grande, as análises processuais demoradas, o limite de financiamento é pré-fixado e há envolvimento político nas Emendas

Parlamentares. Todos esses fatores tornam o sistema moroso e ainda sem garantia de aprovação, sendo poucos os contemplados ao final de todas essas etapas.

No entanto a parceria com patrocinadores da iniciativa privada é uma alternativa cada vez mais adotada na construção de CTQs, uma vez que alguns deles, em nosso país, contaram com o apoio de empresas nacionais de grande porte e ONGs, não só para a construção com também para sua manutenção. Estes acordos são feitos diretamente entre os patrocinadores e hospitais com a intermediação dos gestores estaduais ou municipais sem a participação ou intervenção do Ministério da Saúde.

Em contra partida o SUS e seus fundamentos básicos - a universalidade, a integridade e a equidade devem garantir a devida atenção à saúde de seus usuários e, principalmente, garantir o acesso ao sistema de todas as camadas da população em todas as situações de necessidade, principalmente, as classes menos favorecidas que, no caso das queimaduras, são as mais afetadas.

Esta foi uma das razões que levou à publicação e introdução de uma normativa específica para pacientes queimados na Alta Complexidade do Ministério da Saúde, que constituiu uma rede de atendimento ao queimado no sistema público brasileiro.

2. Uma Análise Empírica dos Queimados desde 2002 até 2010

Com o intuito de analisar a produção do setor de queimados, foi realizada uma pesquisa empírica no sistema DATASUS do Ministério da Saúde durante o primeiro e segundo semestre de 2011, sendo que os dados foram organizados, estudados e tabulados. Por fim, calcularam-se parâmetros de distribuição e médias para a análise que será apresentada. Primeiramente, com relação à distribuição geográfica dos hospitais habilitados no tratamento dos queimados no Brasil, bem como a distribuição populacional brasileira de acordo com o censo do IBGE de 2010, verifica-se, na Tabela 2, que há uma elevada concentração dos hospitais nas regiões Sul e Sudeste, com 72% do total de hospitais, onde a população corresponde a 56% do total. A região nordeste apresenta a maior discrepância em termos de número de hospitais e total de habitantes.

Tabela 2 - Distribuição de Hospitais e Distribuição Populacional (2002-2010)

Região	Total de Hospitais		Total de Habitantes	
CENTRO-OESTE	4	9%	14.058.094	7%
NORDESTE	5	12%	53.081.950	28%
NORTE	3	7%	15.864.454	8%
SUDESTE	24	56%	80.364.410	42%
SUL	7	16%	27.386.891	14%

Fonte: Cálculos elaborados pelo autor com base na Plataforma DATASUS do Ministério da Saúde e IBGE. Disponível em: < www.datasus.gov.br >

Com relação ao volume de recursos enviados pelo governo federal, de acordo com a Tabela 3, entre os anos de 2002 e 2010 foram emitidas 70.147 AIHs para pacientes com queimaduras, incorrendo em um financiamento total de mais de R\$ 185 milhões. O financiamento médio por atendimento variou de R\$ 1,6 mil na região Norte a R\$ 3,2 mil na região Sudeste. A média nacional para o período foi de R\$ 2,6 mil. Percebe-se que o financiamento é mais acentuado na região sudeste devido ao maior número de CTQs.

Tabela 3 - atendimentos e Repasses financeiros efetuados pelo Governo (2002-2010)

Região	Atendimentos AIHs	Repasses Totais	Média
CENTRO-OESTE	10.069	R\$ 17.589.171	R\$ 1.75
NORDESTE	20.751	R\$ 50.914.120	R\$ 2.45
NORTE	1.423	R\$ 2.284.690	R\$ 1.61
SUDESTE	23.271	R\$ 75.849.662	R\$ 3.26
SUL	14.633	R\$ 39.027.701	R\$ 2.67

Fonte: Cálculos elaborados pelo autor com base na Plataforma DATASUS do Ministério da Saúde. Disponível em: < www.datasus.gov.br >.

Ainda com relação à produção do setor, a Tabela 4 mostra a taxa de óbitos por região:

Tabela 4 - atendimentos e Óbitos (2002-2010)

Região	Atendimentos AIHs	Total de Óbitos	Taxa de Óbitos (em %)
CENTRO-OESTE	10.069	302	3%
NORDESTE	20.751	1.055	5%
NORTE	1.423	30	2%
SUDESTE	23.271	1.91	8%
SUL	14.633	607	4%

Fonte: Cálculos elaborados pelo autor com base na Plataforma DATASUS do Ministério da Saúde. Disponível em: < www.datasus.gov.br

Entre 2002 e 2010 foram registradas 3.904 ocorrências de óbito associados a problemas decorrentes de queimaduras. A região Sudeste foi a que apresentou a maior taxa de mortalidade, com óbito de 8% do total de pacientes atendidos nesta região, apesar de obter a maior parte dos recursos financeiros. A taxa média nacional de ocorrência de óbito no período foi de 4%.

Cabe ressaltar que a Tabela 5, evidencia que, entre 2002 e 2010, na média, 87% dos atendimentos de queimados foram realizados fora da Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Entretanto, ao analisar a evolução dos atendimentos, ano a ano, nota-se um aumento na proporção de casos atendidos pelas UTIs, de 9% em 2002 para 14% em 2010, apesar deste aumento, ainda não suficiente, evidencia-se o nível de gravidade do paciente queimado e a necessidade de políticas de prevenção por parte do governo e um maior volume de investimento para a construção de UTIs.

Tabela 5 - atendimentos Dentro e Fora da UTI (2002-2010)

Ano	Atendimentos Fora da UTI	Atendimentos na UTI	% Atendimentos Fora da UTI	% Atendimentos na UTI
2002	5.346	547	91%	9%
2003	6.107	705	90%	10%
2004	6.386	841	88%	12%
2005	6.332	902	88%	12%
2006	6.565	1.052	86%	14%
2007	6.455	1.056	86%	14%
2008	7.701	1.077	88%	12%
2009	7.871	1.224	87%	13%
2010	8.555	1.425	86%	14%

Fonte: Cálculos elaborados pelo autor com base na Plataforma DATASUS do Ministério da Saúde. Disponível em: < www.datasus.gov.br >.

Com relação ao tempo de permanência de internação, de acordo com a Tabela 6, o tratamento de queimados fora das UTIs brasileiras, entre os anos de 2002 e 2010, teve duração média de 10 dias. Já os tratamentos de casos mais graves, que exigiram um atendimento via UTI, tiveram duração média de 15 dias. Isto é um parâmetro de grande importância, pois os custos reais para o atendimento ao queimado são determinados a partir do período do paciente no hospital.

Por fim de acordo com a Tabela 7, ao longo do período analisado, observa-se uma redução no percentual de óbitos decorrentes de queimaduras. Em 2002, 26% dos pacientes atendidos nas UTIs vieram a óbito. Já em 2010, este número foi de 19%. Já para os pacientes atendidos fora das UTIs, a redução na taxa de mortalidade é menor, partindo de uma taxa de 5% em 2002 e chegando a 3% em 2010, ou seja, uma queda de 2%. O paciente com queimaduras, principalmente o grande queimado, apresenta várias comorbidades⁴, influenciando diretamente a taxa de mortalidade. Isto demonstra que, devido à escassez de recursos, pacientes que

⁴ Existe no paciente com queimaduras uma grande possibilidade de apresentar complicações no seu quadro clínico, apresentando problemas cardíacos e diversos tipos de sequelas advindas do seu estado de saúde.

deveriam ser tratados na UTI, são dirigidos para fora da UTI, não existindo reduções significativas das taxas de óbitos em comparação aos tratados em UTIs.

Tabela 6 - Duração Média dos Tratamentos (2002-2010)

Ano	Média de Permanência (em dias)	
	Atendimentos Fora da UTI	Atendimentos na UTI
2002	10	14
2003	10	16
2004	10	14
2005	9	14
2006	10	15
2007	10	16
2008	10	16
2009	10	16
2010	10	16

Fonte: Cálculos elaborados pelo autor com base na Plataforma DATASUS do Ministério da Saúde. Disponível em: < www.datasus.gov.br >.

Tabela 7 - Índice de Mortalidade (2002-2010)

Ano	UTI			Fora da UTI		
	AIHs	Óbitos	Percentual	AIHs	Óbitos	Percentual
2002	547	141	26%	5.346	261	5%
2003	705	187	27%	6.107	206	3%
2004	841	160	19%	6.386	212	3%
2005	902	221	25%	6.332	193	3%
2006	1.052	201	19%	6.565	233	4%
2007	1.056	203	19%	6.455	234	4%
2008	1.077	244	23%	7.701	243	3%
2009	1.224	239	20%	7.871	210	3%
2010	1.425	277	19%	8.555	239	3%

Fonte: Cálculos elaborados pelo autor com base na Plataforma DATASUS do Ministério da Saúde. Disponível em: < www.datasus.gov.br >.

Considerações Finais

Atualmente a maior preocupação no tratamento do paciente queimado refere-se à qualidade do atendimento. Particular atenção merece o queimado grave, que requer internação prolongada, cuidados intensivos e novas tecnologias que possam tentar maximizar o benefício ao paciente.

A medicina evoluiu nestes últimos dez anos, com a introdução de tecnologias avançadas e tratamentos específicos para queimados, porém, ainda não estão totalmente contempladas ou incorporadas no arsenal médico do Ministério da Saúde. Este é, dentre outros fatores, o responsável pela dificuldade no tratamento do paciente queimado em nosso país, e que repercute diretamente na sobrevida destes pacientes.

Este paciente, e suas queimaduras, ainda constituem motivos de discriminação para muitos profissionais dentre as várias especialidades de atendimento à saúde.

O SUS deveria, apesar dos avanços conquistados, melhorar o atendimento a estes pacientes, aumentando os recursos disponíveis e facilitando os Projetos de Investimento encaminhados ao Ministério no intuito de melhorar a eficiência no atendimento aos queimados.

Com base nos dados empíricos analisados, verificou-se que a região sul e sudeste apresenta um maior número de hospitais, de atendimentos e um volume financeiro superior em comparação com as outras áreas geográficas no Brasil. Por outro lado, o sudeste, apresenta um maior volume de óbitos, apesar de possuir uma melhor estrutura física de suporte ao paciente com queimadura. Além disto, constatou-se um maior número de atendimentos fora da UTI, mostrando que o setor necessita de mais UTIs, portanto, maiores investimentos para reduzir ainda mais as taxas de óbitos. Somando-se a isto, foi determinada a taxa de permanência média de um paciente com queimadura, sendo uma variável importante para futuros estudos, especialmente para mensuração do custo real de um paciente queimado. Verificou-se uma redução de óbitos mais acentuada nos atendimentos feitos em UTI em comparação aos procedimentos realizados fora da UTI, demonstrando que o paciente com queimadura necessita de um maior aparato tecnológico para o seu cuidado. Por fim, cabe ressaltar que, uma das maiores dificuldades para a confecção deste artigo

foi o processo de coleta dos dados numéricos devido, principalmente, aos problemas apresentados pela plataforma DATASUS.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. As Portarias Gabinete do Ministro (GM) n. 1273, de 21 de novembro de 2000 e 1274, de 26 de fevereiro de 2001, elaboradas pelo Ministério da Saúde, proporcionaram a plena efetivação dos repasses financeiros efetuados pelo governo federal e o registro do total dos atendimentos auferidos por períodos, expressos pelas AIHs. Brasília: MS, SAS, 2000. Disponível em: < www.saude.gov.br >. Acesso em 20 abr 2010.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Operacionais - Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Série Pactos pela Saúde 2006, Brasília: Volume 1, 2007.
- BRASIL. SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Normas Técnicas para o Atendimento de Queimaduras no Sistema de Saúde do Estado de São Paulo, Resolução SS nº 642. São Paulo. Diário Oficial do Estado. Dezembro de 1994. Disponível em: < www.imprensaoficial.com.br >. Acesso em: 15 de abr 2010.
- ELBERG, J.J.; SCHRODER, H.A.; GLENT-MADSEN, L.; HALL, K.V. Burns: Epidemiology and the effect of a prevention programme. **Burns Incl Therm Inj**, 13:391-393, 1987.
- FRANCO, M.A.H.; GONZÁLES, N.C.J.; DIAZ, M.E.M.; PARDO, S.V.; OSPINA, S. Epidemiological and clinical profile of burn victims Hospital Universitário de San Vicente de Paul, Mendelin, 1994-2004. **Burns**, 32:1044-51, 2006.
- GHAFFAR, U.B.; HUSAIN, M.; RISVI, S.J. Thermal Burn: An Epidemiological Prospective Study. **J Indian Acad Forensic Med.**, 30:10-14, 2008.
- GOMES, D.R.; SERRA, C.V.F.; PELLON, M.A. **Queimaduras**. Rio de Janeiro. Revinter. p.1-7, 1995.
- GUTTORMSEN, A.B. & ERIKSEN, E. Burn treated at the Haukeland University Hospital Burn Centre - 20 years of experience. **Tidsskr Nor Laegeforen**, 128:1168-1171, 2008.
- NAZÁRIO, OTÍLIA NAZARÉ & LEONARDI, FRANCISCO DILMAR (orgs). **Queimaduras Atendimento Pré-Hospitalar**. Editora Unisul. 2012.
- PAM LA BORDE, R.N. Burn epidemiology: the patient, the nation, the statistics, and the data resources. **Crit Care Nurs Clin North Am**. 16:3-25, 2004.
- PEGG, P.S. Burn epidemiology in the Brisbane and Queensland area. **Burns**, 31:27-31, 2005.
- TANG, K.; JIAN, L.; QIN, Z.; ZHENJIANG, L.; GOMEZ M. Characteristics of burn patients at a major burn center in Shanghai. **Burns**. 32:1037-1043, 2006.

Anexo

Quadro 1 – Unidades Habilitadas pelo Ministério da Saúde

UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO
ALAGOAS	
1 Unidade de Emergência Dr. Armando Salgado Lages	Maceió
1	
DISTRITO FEDERAL	
1 Hospital Regional da Asa Norte	Brasília
1	
BAHIA	
1 Hospital Geral do Estado	Salvador
1	
CEARÁ	
1 Instituto Dr. José Frota	Fortaleza
1	
ESPÍRITO SANTO	
1 Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória	Vitória
1 Hospital Dório Silva	Serra
2	
GOIÁS	
1 Pronto Socorro para Queimaduras LTDA	Goiânia
1 Hospital de Queimaduras LTDA	Anápolis
2	
MATO GROSSO DO SUL	
1 Sociedade Beneficente de Campo Grande – St Casa de Campo Grande	Campo Grande
1	
MINAS GERAIS	
1 Fundação Hospitalar do Estado de MG Hospital João XXIII	Belo Horizonte
1 Irmandade Nossa Senhora da Mercês Santa Casa de Caridade de Montes	Montes Claros
1 Fundação de Assistência Estudo e Pesquisa de Uberlândia	Uberlândia
1 Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora	Juiz de Fora
1 Associação Hospitalar Santa Rosália	Teófilo Otoni
5	
PARÁ	
1 Hospital Metropolitano de Ananindeua	Belém
1	
PARANÁ	
1 Hospital Evangélico de Curitiba	Curitiba
1 Hospital Universitário Regional Norte do Paraná	Londrina
2	
PARAIBA	
1 Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	João Pessoa
1	
PERNAMBUCO	
1 Hospital da Restauração - FUSAM	Recife
1	

(continua)

(continuação)

Quadro 1 – Unidades Habilitadas pelo Ministério da Saúde

UNIDADE HOSPITALAR	MUNICÍPIO
RIO DE JANEIRO	
1 SMS Rio Hospital Geral do Andaraí	Rio de Janeiro
1 Hospital Municipal Souza Aquirar	Rio de Janeiro
2	
RIO GRANDE DO SUL	
1 Hospital Cristo Redentor S/A	Porto Alegre
1 Santa Casa de Rio Grande	Rio Grande
1 Hospital de Pronto Socorro Convênio Universitário	Porto Alegre
3	
SANTA CATARINA	
1 Hospital Municipal São José	Joinville
1 Hospital Infantil Joana de Gusmão	Florianópolis
2	
SÃO PAULO	
1 Fundação Padre Albino Hospital Universitário MEC MPAS	Catanduva
1 Irmandade Sr. dos Passos Santa Casa de Misericórdia	Guaratinguetá
1 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Itu	Itu
1 Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Limeira	Limeira
1 Santa Casa de Misericórdia de Presidente Prudente	Presidente
1 Fundação de Apoio ao Ensino/Pesquisa e Assistência do	Ribeirão Preto
1 Fundação Faculdade de Medicina MEC MPAS - HC FMUSP	São Paulo
1 Instituto de Assistência Médica do Servidor Público Estadual HSPE	São Paulo
1 SP SES Hospital Geral de São Mateus	São Paulo
1 SP SES Hospital Geral de Vila Penteado	São Paulo
1 Prefeitura do Mun. de São Paulo - Hosp. Municipal Dr. Carmino	São Paulo
1 Conjunto Hospitalar de Sorocaba Hospital Universitário MEC MPAS	Sorocaba
1 Sant Casa de Misericórdia de São José dos Campos	S. José Campos
13	
SERGIPE	
1 Hospital Geral Governador João Alves Filho	Aracaju
1	
TOCANTINS	
1 Hospital de Araquáina	Araquáina
1 Hospital de Palmas	Palmas
2	
42 TOTAL BRASIL	

Fonte: Ministério da Saúde. Disponível em < www.saude.gov.br >. Acesso em 10 dez. 2010