

6. Rede de serviços do SUS e de atendimento a vítimas de violências e acidentes

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti
Suely Ferreira Deslandes
Maria Cecília de Souza Minayo

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CALVACANTI, MLT., DESLANDES, SF., and MINAYO, MCS. Rede de serviços do SUS e de atendimento a vítimas de violências e acidentes. In: MINAYO, MCS., and DESLANDES, SF., orgs. *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, pp. 109-137. ISBN: 978-85-7541-541-2. Available from: doi: [10.7477/9788575415412](https://doi.org/10.7477/9788575415412). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/fx9hn/epub/minayo-9788575415412.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

6 | REDE DE SERVIÇOS DO SUS E DE ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti
Suely Ferreira Deslandes
Maria Cecília de Souza Minayo

Este capítulo contém uma apresentação sucinta da rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS) em cada uma das localidades estudadas. Apresentamos ampla caracterização das unidades públicas de saúde e das principais ONGs que prestam serviços de âmbito da saúde às vítimas de acidentes e violências. A caracterização foi feita por meio de fontes de dados secundárias disponíveis nacionalmente e nas respectivas capitais.

Os dados disponíveis nos locais em análise variam de acordo com as fontes. E as categorias utilizadas na consolidação dos dados expressam enfoques diferenciados de construção dos bancos, resultando em abordagens distintas do mesmo tema. Nesta primeira seção, para estabelecer uma padronização das informações entre as diferentes localidades, foram utilizadas as bases de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), bem como as informações sobre a Estratégia de Saúde da Família disponíveis na Internet, na página do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

A caracterização dos serviços da rede própria ou conveniada do SUS e das ONGs que atendem vítimas de acidentes e violências foi realizada a partir de trabalho de campo que fez parte do estudo. Buscamos criar um perfil das instituições e do tipo de atendimento que prestam, integrando-as ou confrontando-as na avaliação, sempre que possível, com a organização da rede pública de saúde, caracterizada na primeira seção deste capítulo.

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DO SUS NAS CINCO CAPITAIS

Considerando a abrangência e o padrão de utilização dos serviços nas cinco capitais, verificamos que, embora todas se situem em regiões metropolitanas e no âmbito dos respectivos limites territoriais, elas são, na prática, responsáveis também pelo atendimento às populações circunvizinhas. Essa é sua primeira característica em comum.

Manaus, por exemplo, destaca-se por centralizar grande parte dos serviços de saúde disponíveis para a população do Amazonas e de alguns estados vizinhos. Em Recife, a falta de estrutura sanitária na Região Metropolitana contribui para a superlotação dos hospitais da cidade, cujas emergências atendem aos pacientes provenientes de outros municípios. Além disso, pelo menos um serviço, o centro de atenção a queimados, é referência para toda a população do Nordeste.

No Distrito Federal⁴, residentes em cidades mineiras e goianas, fronteiriças à capital nacional, buscam ali assistência à saúde. No Rio de Janeiro, especialmente os moradores da Baixada Fluminense, pertencente à Região Metropolitana I, dependem dos equipamentos de saúde localizados na capital do estado, que comporta serviços de referência estadual, regional e nacional. Em Curitiba, o sistema municipal é responsável pela atenção de média e alta complexidade à população da Região Metropolitana e, para alguns procedimentos, é referência no estado do Paraná.

Em Manaus, a municipalização do sistema de saúde teve início tardiamente e a prefeitura mantém a condição de gestão plena apenas da atenção básica à saúde. Recife, Distrito Federal e Curitiba estão habilitados na gestão plena do sistema de saúde desde 1998. No Rio de Janeiro, a municipalização dos serviços de saúde, especialmente dos hospitais federais, foi posterior ao ocorrido na maioria das metrópoles brasileiras e vem sendo, durante todo o período pós-SUS, bastante conturbada. As dificuldades em grande parte se devem à extensão e complexidade da rede pública hospitalar situada na capital.

Em Manaus, a divisão territorial em distritos sanitários só teve início em 2006 e está em fase de implantação. Recife possui seis distritos sanitários, correspondentes às seis Regiões Administrativas, cada um subdividido em três microrregiões. O Distrito Federal se subdivide em 29 regiões administrativas. No Rio de Janeiro, há 10 Áreas de Planejamento Sanitário, com coordenações descentralizadas que representam o poder central na esfera local. Em Curitiba, a construção do SUS implicou um processo de fortalecimento e reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde.

Ao longo da década de 1990, foram estabelecidas gerências regionais, correspondentes atualmente a nove distritos sanitários. Nesse período, o modelo assistencial foi rediscutido e aperfeiçoado. Foram incorporados novos conceitos e ampliadas sua dimensão e abrangência, enfrentando-se, assim, o desafio de superar a prática voltada, predominantemente, para a atenção básica. A rede passou a incorporar a gerência de um sistema de saúde em toda sua complexidade.

Brasília, na condição diferenciada de cidade-estado, possui serviços públicos de saúde estaduais, pertencentes ao Distrito Federal, e também sedia algumas unidades federais. Nas outras quatro cidades, independente da condição de gestão do sistema de saúde que o município possui, existem serviços municipais, estaduais e também

⁴ Como sede da capital nacional, o Distrito Federal ocupa a posição diferenciada de cidade-estado e é responsável pela atenção à saúde dos brasilienses. Assim, não há serviços municipais de saúde em Brasília, as instituições públicas de saúde são todas estaduais (pertencentes ao Distrito Federal) ou, em menor número, federais (do Ministério da Saúde, Educação ou outros).

federais. Em Manaus, Recife e Curitiba, observamos predomínio de serviços municipais na atenção básica e do estado na gestão dos hospitais públicos.

Nessas três cidades, o setor privado⁵ responde por hospitais, clínicas especializadas e serviços de diagnose e terapia. Em Manaus e em Recife, a rede hospitalar é constituída essencialmente por serviços vinculados à esfera estadual, mas existem também algumas instituições federais voltadas para ações e serviços específicos. O Distrito Federal possui rede própria estadual com atuação em todas as esferas de atenção. O Rio de Janeiro comporta estabelecimentos hospitalares municipais, estaduais e federais de forma significativa. Já em Curitiba, predomina o setor privado contratado na esfera hospitalar. As cinco capitais possuem hospitais universitários.

Em termos gerais, alguns problemas são comuns aos serviços de saúde do SUS nas cinco capitais: a fragmentação das ações, a dificuldade de articulação em rede, e o funcionamento precário dos fluxos de referência e contra-referência. Segundo relatos de seus gestores, Curitiba, dentre as localidades analisadas, se distingue por apresentar um sistema mais bem estruturado e mais organizado para atender às necessidades de sua população.

No que concerne à distribuição dos serviços em segundo nível de complexidade, se fazem necessários alguns esclarecimentos. A classificação dos serviços de saúde em atenção básica, de média, ou de alta complexidade refere-se à quantidade de recursos tecnológicos utilizados sob a forma de equipamentos e insumos necessários para a realização das ações de saúde, havendo uma relação direta com os custos dos procedimentos.

A alta tecnologia tornou-se de uso corrente entre técnicos, profissionais, e pesquisadores da área, por vezes substituindo as anteriores ou até mesmo somando-se a elas. Frequentemente, a complexidade tecnológica produz um paralelo com a hierarquização do sistema em esferas de atenção básica ou primária, secundária, terciária e quaternária⁶. Segundo a cultura do sistema, a esfera da atenção primária à saúde, também chamada de atenção básica – que reúne as ações de promoção, prevenção e atenção às doenças e agravos mais frequentes e que não requerem hospitalização nem apurados exames complementares especializados –, é considerada de menor complexidade. Em uma gradação, a média complexidade diz respeito à esfera ambulatorial ou clínica-especializada com maior necessidade de exames complementares e diagnóstico-terapêuticos, e a alta complexidade designa ações que dependem do uso de alta tecnologia e conhecimento ultra-especializado e de alto custo.

Cabe uma observação sobre a forma como esta classificação se difundiu e foi apropriada pelos gestores, técnicos e profissionais de saúde nas diversas esferas do sistema de saúde. Por um lado, a generalização dos termos não foi acompanhada da difusão de uma definição clara de quais constituem as ações de baixa, de média ou de alta complexidade.

⁵ No Recife, destaca-se a presença de 24 hospitais privados, sendo 17 contratados e 7 filantrópicos. É surpreendente o número de 1.421 leitos psiquiátricos em hospitais contratados na cidade.

⁶ Segundo o Ministério da Saúde, “o modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde – atenção básica, de média e alta complexidade” (<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id>). Acesso em 13/12/2006.

O Ministério da Saúde utiliza uma classificação para fins de planejamento, e principalmente, de pagamento das ações de saúde, mas nem todos têm conhecimento ou acesso a essa tabela, e, além do mais, a classificação propriamente dita é controversa. A possibilidade de não haver coincidência entre o que o ministério pretende dizer e o que é compreendido quando se verbalizam os termos (alta, média ou baixa complexidade) é concreta, especialmente em relação às ações situadas na fronteira entre a designação de baixa ou de média complexidade, ou entre a de média e de alta complexidade.

Aparentemente, há uma confusão conceitual nesses termos, pois a complexidade das ações de saúde não pode ser reduzida ao grau de tecnologia empregada na sua realização⁷. Os críticos apontam, nessa tipologia, a supervalorização dos equipamentos e exames, a expressão de um modelo segundo o qual o valor das ações de saúde deve ser medido ou avaliado em função da quantidade de insumos e procedimentos envolvidos.

Em contraposição, essa classificação deixa em segundo plano a importância das relações humanas, a implicação dos laços de confiança entre o paciente, seus familiares e os profissionais, sobre a qualidade das ações de saúde. Infelizmente, o custo monetário diferenciado segundo a complexidade resulta na desvalorização das ações que não requerem a utilização de grandes quantidades de insumos materiais ou tecnologias de ponta.

Como ressaltamos na tabela 24, com exceção do Rio de Janeiro, a estratégia de Saúde da Família é preponderante na esfera da atenção básica. Em Manaus e no Recife constituem o eixo estruturante da atenção básica. No Distrito Federal, apesar do número reduzido de unidades desse programa, sua implantação foi priorizada nas áreas periféricas, especialmente nas cidades-satélite que não dispõem de hospitais regionais. No Rio de Janeiro a cobertura se mantém em níveis baixos. Em Curitiba, metade das unidades de atenção básica é do tipo de Saúde da Família.

Tabela 24 – Número e cobertura populacional de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de Equipes de Saúde da Família (ESF), e de Equipes de Saúde Bucal (ESB). Manaus, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba – outubro de 2006

Município	Nº de ACS implantados	% de cobertura ACS	Nº de ESF implantadas	% de cobertura da SF	Nº de ESB implantadas	% de cobertura da SB	População
Manaus	1.463	51,04	153	32,03	50	20,93	1.648.218
Recife	1.798	68,88	209	48,04	66	37,23	1.501.008
DF	621	15,30	41	6,06	0	2,66	2.334.322
Rio de Janeiro	1.298	12,25	118	6,68	0	1,59	6.094.183
Curitiba	1.191	38,96	148	29,05	38	48,67	1.757.904

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. População estimada atualizada em março de 2006. (Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza>. Acesso em 13/12/2006).

⁷ Os significados das palavras complexidade e complexo diferem do significado de alta tecnologia. As duas primeiras estão ligadas às relações necessárias para a realização da ação. Já a última se refere a uma questão da técnica envolvida na execução da ação.

A seguir, apresentamos, para cada cidade, a rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por tipo de prestador, segundo o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). Como referido inicialmente, existem muitas discrepâncias entre o que consta no SIA/SUS e a realidade local, ou o que é informado por outras fontes do próprio Ministério da Saúde. Por exemplo, existem diferenças no número de unidades de Saúde da Família registrado no SIA/SUS; no que é informado pelo Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS); no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e nos relatórios de gestão municipal. No entanto, os Sistemas de Informação em Saúde, como o SIA/SUS e o CNES, constituem instrumentos de acesso relativamente simples e ágeis, disponíveis para gestores, profissionais de saúde, pesquisadores, estudantes e conselheiros de saúde. Teoricamente eles permitem acesso a todos os cidadãos a bases de dados nacionais padronizadas, propiciando comparações sobre o perfil sanitário e o desempenho dos serviços nas diferentes unidades federativas.

As discrepâncias evidenciam que não é simples produzir um sistema de informação e que sua qualidade depende, entre outras condições, de sua utilização e difusão, tornando visíveis conquistas e distorções. No SIA/SUS, a categorização das informações por tipo de prestador separa o ente privado do filantrópico e dos sindicatos. Para fins de análise, aqui, as três categorias referem-se ao setor privado, pois todas são unidades de natureza jurídica não-pública, contratadas ou conveniadas para realizarem serviços pelo SUS. Atuam, portanto, dentro do sistema público de saúde e são pagas por esses serviços.

A rede de atenção básica de saúde em Manaus integra 164 Unidades de Saúde da Família (USF); 70 Centros de Saúde, sendo 36 municipais, 32 estaduais e 2 federais; e 21 Postos de Saúde, sendo 15 municipais e 6 estaduais. As USF constituem 45,2% da rede SUS de Manaus, os Centros de Saúde 19,3 e os Postos de Saúde 5,8% da rede ambulatorial vinculada ao SUS na cidade (tabela 25).

Tabela 25 – Rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por prestador. Manaus – 2003

	Federal	Estadual	Municipal	Privado	Filantropico	TOTAL	%
Posto de Saúde	-	6	15	-	-	21	5,8
Centro de Saúde	2	32	36	-	-	70	19,3
Policlínica		2	-	1	-	3	0,8
Amb. de Unid. Hosp. Geral	3	4	-	2	2	11	3
Amb. de Unid Hosp. Espec.	-	8	1	4	-	13	3,6
Clínica Especializada	1	4	4	14	1	24	6,6
Centro/Núcleo de At. Psicossocial	-	1	-	-	-	1	0,3
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	-	5	1	34	-	40	11
Farmácia para Dispensação de Medicamentos	-	1	-	-	-	1	0,3
Unidades não Especificadas	-	1	1	-	-	2	0,5
Pronto-Socorro Geral	-	6	1	-	-	7	1,9
Pronto-Socorro Espec.	1	3		-	-	4	1,1
Unidade Móvel Fluvial/Marítima	-	-	1	-	-	1	0,3
Unid. Móvel Terrestre p/Atend. Médico/Odontológico	-	-	1	-	-	1	0,3
Unidade de Saúde da Família	-	-	164	-	-	164	45,2
TOTAL	7	73	225	55	3	363	100
%	1,9	20,1	62	15,1	0,8	100	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 13/12/2006).

Em Recife, 57% das unidades ambulatoriais pertencem à esfera municipal e constituem quase o dobro das unidades privadas, que vem em segundo lugar (29,7%). Os centros de saúde, as policlínicas, as unidades mistas e as unidades de saúde da família representavam 50,3% das unidades ambulatoriais no município em 2003, segundo o SIA/SUS (tabela 26).

Tabela 26 – Rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por prestador. Recife – 2003

	Universitário	Estadual	Municipal	Privado	Filantrópico	TOTAL	%
Centro de Saúde	-	2	44	1	-	47	18,3
Policlínica	-	-	9	-	-	9	3,5
Amb. de Unid. Hosp. Geral	2	13	-	5	1	21	8,2
Amb. de Unid. Hosp. Espec.	1	4	4	2	-	11	4,3
Unidade Mista			4			4	1,5
Pronto-Socorro Especializado				1		1	0,4
Consultório	1			1		2	0,8
Clínica Especializada	1	1	3	9	2*	16	6,2
Centro/Núcleo de At. Psicossocial		4	4	1		9	3,5
Centro/Núcleo de Reabilitação			1	7		8	3,1
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia		1	1	49		51	20
Unid. Móvel Terrestre Prog. Enfrent. às Emerg. e Traumas		1	1			2	0,8
Unidade de Saúde da Família			73			73	28,5
Unidades de Vigilância Sanitária			2			2	0,8
TOTAL	5	26	146	76	3*	256	100
%	1,9	10,1	57	29,7	1,2	100	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 14/12/2006).

No Distrito Federal, destaca-se a importância da rede própria estadual, responsável por 92,5 das unidades ambulatoriais, das quais 53,3% correspondiam a Centros de Saúde em 2003.

A Rede Própria da SES/DF compreende serviços de atenção básica, de média e de alta complexidade. Os hospitais de alta complexidade estão concentrados em Brasília, como é o caso do Hospital de Base e do Hospital de Apoio. Os outros distritos dispõem de hospitais regionalizados, de média complexidade, e as áreas mais periféricas contam com as equipes de saúde da família (tabela 27).

Tabela 27 – Rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por prestador. Distrito Federal – 2003

	Federal	Estadual	Filantropico	TOTAL	%
Posto de Saúde	-	6	-	6	5
Centro de Saúde	-	64	-	64	53,3
Policlínica	-	1	-	1	0,8
Amb. de Unid. Hosp. Geral	2	13	-	15	12,5
Amb. de Unid Hosp. Espec.	3	1	1	5	4,2
Unidade Mista	-	1	-	1	0,8
Clínica Especializada	3	2	-	5	4,2
Centro/Núcleo de At. Psicossocial	-	1	-	1	0,8
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	-	5	-	5	4,2
Unidade de Saúde da Família	-	16	-	16	13,3
Unidades não Especificadas	-	1	-	1	0,8
TOTAL	8	111	1	120	100
%	6,7	92,5	0,8	100	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 14/12/2006).

O município do Rio de Janeiro possui 45% das unidades ambulatoriais pertencentes à esfera municipal que, somadas às estaduais, representam 62,5% do total e acrescidas das unidades federais compreendem 73,5% dos serviços ambulatoriais. O restante (23,6%) dessa rede fica a cargo de prestadores privados e conveniados ao SUS (tabela 28).

Tabela 28 – Rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por prestador. Rio de Janeiro – 2003

	Federal	Estadual	Municipal	Privado	Filantrópico	Sindicatos	TOTAL	%
Posto de Saúde	1	-	-	-	-	-	1	0,3
Centro de Saúde	1	2	49	-	3	6	61	19,7
Policlínica	1	15	32	2	3	3	56	18,1
Amb. de Unid. Hosp. Geral	2	9	13	2	4	-	30	9,7
Amb de Unid. Hosp. Espec.	13	9	14	1	4	-	41	13,3
Unidade Mista	-	-	6	-	-	-	6	1,9
Pronto-Socorro Especializado	-	1	-	1	-	-	2	0,6
Consultório	-	2	-	-	-	-	2	0,6
Unidade Móvel Fluvial Marítima	-	2	-	-	-	-	2	0,6
Clínica Especializada	5	-	-	21	3	-	29	9,4
Centro/Núcleo de At. Psicossocial	2	1	8	-	-	-	11	3,6
Centro/Núcleo de Reabilitação	-	-	2	-	3	-	5	1,6
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	4	4	-	25	-	-	33	10,7
Unid. Móvel Terrestre Prog. Enfrent. às Emerg. e Traumas	-	2	-	-	-	-	2	0,6
Farmácia para Dispensação de Medicamentos	-	1	-	-	-	-	1	0,3
Unidade de Saúde da Família	-	-	3	-	-	-	3	1
Centro de Alta Complexidade em Oncologia III	3	-	-	-	-	-	3	1
Centro de Alta Complexidade em Oncologia II	2	2	-	-	1	-	5	1,6
Unidade de Vigilância Sanitária	-	-	12	-	-	-	12	3,9
Unidades não Especificadas	-	4	-	-	-	-	4	1,3
TOTAL	34	54	139	52	21	9	309	100
%	11	17,5	45	16,8	6,8	2,9	100	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 14/12/2006).

Em Curitiba, sobressai a presença do prestador privado, responsável por 45% das unidades ambulatoriais do município, proporção superior às unidades próprias municipais que representam 37,5%. Os prestadores privados e filantrópicos juntos somam 58,7%

dessas unidades (tabela 29), evidenciando o maior percentual dessas entidades quando comparamos as cidades estudadas.

Tabela 29 – Rede ambulatorial do SUS por tipo de unidade e por prestador. Curitiba – 2003

	Federal	Estadual	Municipal	Privado	Filantrópico	TOTAL	%
Posto de Saúde	-	-	-	-	1	1	0,3
Centro de Saúde	-	-	48	-	10	58	18,3
Policlínica	-	1	8	2	4	15	4,7
Amb. de Unid. Hosp. Geral	1	-	-	6	4	11	3,5
Amb. de Unid. Hosp. Espec.	-	1	-	2	6	9	2,8
Pronto-Socorro Geral	-	-	2	-	-	2	0,6
Pronto-Socorro Especializado	-	-	-	-	1	1	0,3
Consultório	-	-	-	38	1	39	12,3
Clínica Especializada	2	3	4	31	10	50	15,8
Centro/Núcleo de At. Psicossocial	-	1	1	3	1	6	1,9
Centro/Núcleo de Reabilitação	-	-	-	2	-	2	0,6
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	-	1	2	59	5	67	21,1
Unid. Móvel Terrestre p/ Atend. Médico/Odontológico	-	-	1	-	-	1	0,3
Unid. Móvel Terr. Prog. Enfrent. às Emerg. e Traumas	-	1	1	-	-	2	0,6
Farmácia para Dispensação de Medicamentos	-	1	-	-	-	1	0,3
Unidade de Saúde da Família	-	-	42	-	-	42	13,2
Unidades de Vigilância Sanitária	-	-	9	-	-	9	2,8
Unidades não Especificadas	-	-	1	-	-	1	0,3
TOTAL	3	9	119	143	43	317	100
%	0,9	2,8	37,5	45,1	13,6	100	

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 14/12/2006).

O peso do setor privado contratado e conveniado do SUS na prestação da assistência médica hospitalar e de serviços diagnóstico-terapêuticos é um aspecto relevante nas cidades estudadas, característico das áreas urbanas e regiões metropolitanas brasileiras, consolidando um modelo que se desenvolveu nos anos 1970 e 1980. Um dos fatores de incentivo à expansão do setor privado na prestação de serviços hospitalares e de clínicas de auxílio diagnóstico e terapêutico é a lucratividade dos negócios, comparativamente ao orçamento para a atenção básica, preventiva e de vigilância à saúde.

A proporção leitos privados conveniados ao SUS, bem como de clínicas especializadas e de diagnose e terapia, pode ser observada na tabela 30. Esse quadro se diferencia nas localidades. Por exemplo, no Distrito Federal são 2,7% dos leitos hospitalares ofertados por prestadores privados e em Curitiba 66,2%.

Em Manaus, Recife e no Distrito Federal a esfera estadual prevalece na atenção hospitalar, com 56,3%, 35,6% e 47,8% dos leitos hospitalares, respectivamente. No Rio de Janeiro, segundo as informações do SIH/SUS referentes a 2003, cabe ao município a maior parcela de leitos hospitalares do SUS (31,1%).

Tabela 30 – Número e proporção de leitos hospitalares do SUS, segundo a natureza do prestador. Manaus, Recife, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba – julho de 2003

Natureza	Público						Privado				Universitário		Total	
	Federal		Estadual		Municipal		Contratado		Filantrópico					
Município	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Manaus	19	0,7	1.457	56,3	30	1,2	331	12,8	477	18,4	275	10,6	2.589	100
Recife	-	-	2.450	35,6	265	3,8	1.952	28,4	933	13,6	1.279	18,6	6.879	100
DF	-	-	2.154	47,8	-	-	120	2,7	-	-	2.229	49,5	4.503	100
Rio de Janeiro	800	4,6	3.255	18,6	5.443	31,1	2.899	16,5	2.679	15,3	2.440	13,9	17.516	100
Curitiba	-	-	50	0,9	60	1,1	1.739	32,2	1.839	34	1.718	31,8	5.406	100

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 13/12/2006).

Consta, da tabela 31, o número de hospitais por cidade e por natureza, segundo o SIH/SUS. O número de hospitais é uma informação útil, entretanto o número de leitos qualifica melhor a oferta existente. Essas duas informações complementam as constatações feitas anteriormente e constituem um elemento a mais desta breve caracterização.

Tabela 31 – Número de hospitais do SUS, segundo a natureza do prestador. Manaus, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba – julho de 2003

Natureza	Público			Privado		Universitário	Total
	Federal	Estadual	Municipal	Contratado	Filantrópico		
Município	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº	Nº
Manaus	1	17	1	7	2	2	30
Recife	-	2	8	17	11	4	42
DF	-	12	-	1	-	6	19
Rio de Janeiro	6	19	30	19	15	13	102
Curitiba	-	1	1	16	8	5	31

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 13/12/2006).

Para finalizar esta breve descrição da organização dos serviços de saúde do SUS em Manaus, Recife, Distrito Federal, Rio de Janeiro e Curitiba, expomos o número de hospitais e leitos por especialidade e segundo a natureza do prestador, em cada uma das cidades (tabelas de 32 a 36).

Tabela 32 – Número de hospitais e leitos por especialidade, segundo a natureza do prestador. Manaus – julho de 2003

Natureza	Hospitais	Leitos							UTI
		Cirúr.	Obstetrícia	Clínica Médica	Psiquiat.	Tisiolog.	Pediatria	Total	
Públicos	19	433	176	354	126	16	401	1.506	50
Federal	1	18	1	0	0	0	0	19	0
Estadual	17	409	151	354	126	16	401	1.457	50
Municipal	1	6	24	0	0	0	0	30	0
Privados	9	266	267	196	0	0	79	808	10
Contratados	7	120	177	23	0	0	11	331	4
Filantrópico	2	146	90	173	0	0	68	477	6
Universitários/pesquisa	2	132	0	94	0	4	45	275	20
Total	30	831	443	644	126	20	525	2.589	80

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 17/12/2006).

Em Manaus o número de leitos é insuficiente para atender a população, seja da cidade ou do estado. Considerando uma população estimada de 1.565.709 habitantes para 2004, a capital apresenta uma irrisória oferta de 2.584 leitos. Não existem leitos de reabilitação, de cuidados prolongados (doenças crônicas), nem tampouco leitos hospital-dia. A insuficiência de leitos de UTI também é evidente face à demanda.

Em Recife existe uma grande rede hospitalar do SUS com 6.879 leitos existentes, a maioria sob gestão estadual. Do total de leitos, apenas 2.715 (39,5%) são públicos, 2.885 (41,9%) são privados e destes a maioria são contratados (1.952). Os leitos psiquiátricos constituem o maior montante de contratados (1.421). Já os leitos dos hospitais universitários, destinados a pesquisa e ensino, representam a menor oferta, 1.279, que corresponde a 18,6%. Ressaltamos que existem 24 hospitais privados que fazem parte do Sistema, sendo 17 contratados e 7 filantrópicos. Praticamente, toda a oferta de leitos psiquiátricos e expressiva parcela dos leitos cirúrgicos e de clínica médica estão nas mãos de prestadores contratados (tabela 31).

Dos leitos públicos, 90,2% estão sob a gestão estadual e localizados em 10 unidades hospitalares, com o atendimento voltado principalmente para cirurgia, clínica médica, psiquiatria, pediatria e pneumologia. Apenas 9,8% dos leitos são municipais e estão situados em quatro unidades da secretaria municipal, destinados, predominantemente, ao atendimento de obstetrícia e pediatria. Há insuficiência de leitos de UTI, pois a Secretaria Estadual de Saúde dispõe de apenas de 115 vagas. E não há leitos reservados para reabilitação de traumas e agravos.

Tabela 33 – Número de hospitais e leitos por especialidade, segundo a natureza do prestador.
Recife – 2003

Natureza	Hospitais	Leitos									
		Total	Cirúrg.	Obstét.	Cl. Médic.	Crôn.	Psiquiatr.	Tisiol.	Pediatria	Hosp-dia	UTI
Públicos	14	2.715	901	295	668	34	231	122	404	60	115
Estadual	10	2.450	896	172	664	34	231	122	271	60	115
Municipal	4	265	5	123	4	-	-	-	133	-	-
Privados	24	2.885	611	60	597	44	1.421	-	152	-	23
Contratados	17	1.952	207	38	196	-	1.421	-	90	-	5
Filantrópicos	7	933	404	22	401	44	-	-	62	-	18
Universitários/ pesquisa	4	1.279	397	200	296	6	14	17	349	-	98
Total	42	6.879	1.909	555	1.561	84	1.666	139	905	60	236

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 17/12/2006).

Devemos ressaltar que a participação de leitos privados e contratados é inexpressiva no Distrito Federal, onde o maior destaque é dado aos hospitais universitários. A oferta dos leitos de UTI e para pacientes crônicos, no entanto, é bem modesta, como pode ser observado na tabela 34.

Tabela 34 – Número de hospitais e leitos por especialidade, segundo a natureza do prestador.
Distrito Federal – 2003

Natureza	Hospitais	Leitos										
		Total	Cirúrg.	Obstét.	Cl. Médic.	Crôn.	Psiquiatr.	Tisiol.	Pediatria	Reabil.	Hosp-dia	UTI
Públicos/estaduais	12	2154	552	402	354	8	40	66	435	207	90	64
Privados/contratados	1	120	60	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Universitários/pesquisa	6	2.229	1.047	203	519	5	53	-	402	-	-	72
Total	19	4.503	1.659	605	933	13	93	66	837	207	90	137

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 17/12/2006).

O Rio de Janeiro oferece 17.516 leitos. Existe expressiva participação dos hospitais privados (58,7%) e neles, leitos psiquiátricos e para portadores de doenças crônicas superaram a oferta da rede pública (tabela 35).

Tabela 35 – Número de hospitais e leitos por especialidade, segundo a natureza do prestador.
Rio de Janeiro – 2003

Natureza	Hospitais	Leitos										
		Total	Cirúrg.	Obstét.	Cl. Médic	Crôn.	Psiquiatr.	Tisiol.	Pediatria	Reabil.	Hosp-dia	UTI
Públicos	55	9.498	2.835	1.019	1.981	274	1.926	302	1.064	35	62	384
Federal	6	800	396	63	218	1	4	3	115	-	-	99
Estadual	19	3.255	897	300	831	164	459	252	305	5	42	68
Municipal	30	5.443	1.542	656	932	109	1.463	47	644	30	20	217
Privados	34	5.578	762	336	970	926	2.370	2	169	43	-	64
Contratados	19	2.899	166	56	270	720	1.684	-	3	-	-	2
Filantrópicos	15	2.679	596	280	700	206	686	2	166	43	-	62
Universitários	13	2.440	992	95	785	100	159	21	224	4	60	113
Ensino	2	27	11	-	15	-	-	-	1	-	-	-
Pesquisa	11	2.413	981	95	770	100	159	21	223	4	60	113
Total	102	17.516	4.589	1.450	3.736	1.300	4.455	325	1.457	82	122	561

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 17/12/2006).

Curitiba, como já dissemos, tem a maioria dos leitos para pacientes de todas as especialidades (exceto para cirurgia) ofertada pela rede privada.

A ausência ou número ínfimo de leitos de reabilitação se repete em todos os municípios, inclusive em Curitiba. Os leitos de UTI em Curitiba pertencem ao setor privado (contratado e filantrópico) ou estão localizados nos hospitais universitários; não há leitos de UTI nos dois hospitais públicos próprios, municipal e estadual. A insuficiência de leitos de UTI é também uma característica comum aos outros municípios estudados, o que provoca reflexos importantes na atenção às pessoas em situação de acidentes e violências (tabela 36).

Tabela 36 – Número de hospitais e leitos por especialidade, segundo a natureza do prestador.
Curitiba – 2003

Natureza	Hospitais	Leitos									
		Total	Cirúrg.	Obstét.	Cl. Médico	Crôn.	Psiquiatr.	Tisiol.	Pediatria	Hosp-dia	UTI
Públicos	2	110	2	25	33	1	-	-	49	-	-
Estadual	1	50	-	-	20	1	-	-	29	-	-
Municipal	1	60	2	25	13	-	-	-	20	-	-
Privados	24	3.578	640	427	577	14	1.267	2	426	225	112
Contratados	16	1.739	285	213	384	9	403	-	260	185	40
Filantrópicos	8	1.839	355	214	193	5	864	2	166	40	72
Universitários/ pesquisa	5	1.718	820	105	453	28	6	4	302	-	148
Total	31	5.406	1.462	557	1.063	43	1.273	6	777	225	260

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). (Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 17/12/2006).

Finalizando, ressaltamos que é difícil comparar os sistemas de saúde de cidades tão diferentes do ponto de vista histórico, geográfico, social, econômico e político, como as tratadas neste estudo. Entendemos que a organização dos serviços de saúde em determinado local é fruto de um conjunto de relações e interesses sociais, econômicos e políticos travados no contexto do território. Há algumas políticas norteadoras desse processo. É o caso do hospitalocentrismo dos anos 1970 marcado pelo modelo do Inamps e do movimento da Reforma Sanitária, que tanto influenciou a filosofia e a organização do SUS.

Essas fortes correntes opostas criaram algumas situações e condicionamentos estruturantes que persistem e marcam o sistema de saúde brasileiro. Por isso, nossa pretensão nesta descrição foi mostrar o que é comum e o que é singular na organização da rede nas cinco localidades, sobretudo visando a contextualizar os serviços de saúde que atendem as vítimas de acidentes e violências, tema que focalizamos a seguir.

Caracterização das unidades que atendem às pessoas em situação de acidentes e violências

A rede de atenção às vítimas de acidentes e violências em Manaus é composta por 18 unidades públicas de saúde e nenhuma organização não-governamental. Como visto anteriormente, a rede ambulatorial dessa cidade é composta por 363 unidades além de 30 hospitais. Assim, as instituições que atendem com alguma especificidade e regularidade às vítimas de acidentes e violência correspondem apenas a 4,5% da totalidade das existentes. Embora a maioria dos serviços da capital pertença à rede municipal (62%), o atendimento aos acidentes e violências fica mais concentrado no âmbito estadual (66,6%).

Em Recife, foram identificadas 34 unidades que prestam assistência às vítimas de acidentes e violências. Destes, 16 (47,06%) pertencem ao município e dez (29,41%) à esfera estadual, somando 76,47% de todos os que atendem às vítimas de violências e acidentes. Completam a rede pública uma unidade conveniada ao SUS (2,94%), cinco Organizações Não-Governamentais (ONGs) (14,71%) e dois serviços (5,88%) governamentais do tipo fundação, instituição ou empresa. As 29 unidades do SUS que têm alguma forma de atendimento às vítimas de acidentes e violências representam 9,7% da rede de saúde de Recife.

No Distrito Federal, as 24 unidades identificadas por terem alguma forma de atendimento às pessoas em situação de acidentes e violências são governamentais, e 83,33% estão vinculadas à esfera estadual.

No Rio de Janeiro, a caracterização das unidades que atendem a pessoas em situação de acidentes e violências compreende um universo de 29 instituições abrangendo todas as esferas de atenção, sendo 4 ONGs. Dentre as instituições governamentais (86,21%), 41,38% são municipais, 24,14% estaduais e 20,69% federais e esse conjunto representa 6,08% do universo de instituições de saúde da capital.

Em Curitiba, foram pesquisadas 19 unidades que atendem a vítimas de violências e acidentes, mas em apenas 12 foi possível classificar a natureza do prestador. Desses 12, a metade é constituída por instituições governamentais municipais e um quarto é formado por instituições privadas conveniadas ao SUS. Completam o grupo duas ONGs e uma unidade governamental federal. Não foi identificada instituição estadual que propicie o tipo de atendimento estudado. O conjunto das instituições governamentais que atendem a vítimas de violências e acidentes corresponde a 4,8% da totalidade de serviços existentes, conforme a tabela 37.

Tabela 37 – Distribuição das unidades que atendem pessoas em situação de acidentes e violências, nas cinco capitais, segundo a natureza do prestador – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Governamental Municipal	3	16,7	16	47,1	-	-	12	41,4	6	50,0
Governamental Estadual	12	66,7	10	29,4	20	83,3	7	24,1	-	-
Governamental Federal	3	16,7	-	-	3	12,6	6	20,7	1	8,3
Conveniada com SUS	-	-	1	2,9	-	-	-	-	3	25,0
Organização não-Governamental (ONG)	-	-	5	14,7	-	-	4	13,8	2	16,7
Fundação/Instituição/Empresa (não ONG)	-	-	2	5,9	1	4,2	-	-	-	-
Total	18	100	34	100	24	100	29	100	12	100

Em três cidades – Manaus, Recife e Rio de Janeiro –, as crianças e adolescentes constituem as maiores proporções da população atendida, seguidas pelo grupo das mulheres. Esse quadro provavelmente expressa a maior visibilidade e avanço das políticas públicas no enfrentamento da violência por esses dois grupos sociais. No caso do primeiro, a vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente e da implantação dos Conselhos Tutelares e Conselhos de Direitos no país; no caso do segundo grupo, a influência dos Movimentos de Mulheres.

Igualmente, no Distrito Federal, as mulheres e os jovens constituem o grupo alvo atendido na maior parte dos serviços; e em Curitiba, são as mulheres a serem atendidas na maior parte das instituições. As ações voltadas para os familiares das vítimas são pouco desenvolvidas nas instituições em todos os municípios.

Em Manaus, as crianças e adolescentes até 19 anos são atendidos em 100% dos locais identificados. Jovens de 20 a 24 anos, homens e mulheres recebem atendimento em 88,9% das instituições existentes na rede do SUS, ao passo que os idosos são atendidos em 77,8% deles.

Chamamos atenção para a informação analisada no capítulo 5 referente às elevadas taxas de mortalidade e de internações de idosos por causas externas. Essas taxas são mais elevadas que em todas as outras faixas etárias, o que revela uma discrepância entre o quadro epidemiológico e a oferta de atendimentos. Além disso, apenas 11% dos serviços afirmam realizar algum tipo de ação voltada para os familiares das vítimas.

Em Recife, 69,05% das unidades atendem crianças e adolescentes, 61,9% estão destinados a mulheres, e 42,86% aos idosos, mas apenas 9,52% oferecem atendimento à família.

Em Brasília não se repete esse quadro, pois os jovens de 20 a 24 anos e as mulheres são atendidos em 87,5% das unidades e programas; os idosos em 79,17%, proporção superior à de crianças e adolescentes assistidos em 75% da rede identificada. Ressaltamos que, da mesma forma que em Manaus, no Distrito Federal se apresentam as maiores taxas de mortalidade e de internação por causas externas entre idosos. Ações voltadas para os familiares das vítimas são realizadas em 29,2% das instituições.

No Rio de Janeiro, 92,86% das instituições atendem as crianças e os adolescentes; 78,57% atendem as mulheres. Idosos e jovens são atendidos em 71,43% das unidades. Apenas um quarto delas atende aos familiares das vítimas.

Em Curitiba, 84,21% das unidades atendem as mulheres; 78,95% atendem a homens; 73,68%, a crianças e adolescentes e, os idosos e jovens, são assistidos em 68,42% dos programas ou serviços. As famílias recebem atenção de 57,89% das instituições, maior percentual obtido em todas as cidades, segundo a tabela 38.

Tabela 38 – Distribuição das unidades que atendem vítimas de acidentes e violências segundo a população atendida e capital – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Parcela da população										
Crianças e adolescentes (até 19 anos)	18	100,0	29	69,05	18	75,00	26	92,86	14	73,68
Jovens (20 a 24 anos)	16	88,89	20	47,62	21	87,50	20	71,43	13	68,42
Homens	16	88,89	19	45,24	16	66,67	19	67,86	15	78,95
Mulheres	16	88,89	26	61,90	21	87,50	22	78,57	16	84,21
Idosos	14	77,78	18	42,86	19	79,17	20	71,43	13	68,42
Familiares das vítimas	2	11,11	4	9,52	7	29,17	7	25,00	11	57,89

Também nas cinco capitais, a absoluta maioria das unidades atende a população do próprio município e de municípios vizinhos. Algumas instituições constituem-se em referência regional e atendem a pessoas de outros estados (tabela 39).

Tabela 39 – Distribuição das unidades que atendem pessoas em situação de acidentes e violência, segundo área de abrangência do serviço e capital – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro*		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Área de abrangência do atendimento										
Parte do município	2	11,11	5	14,71	2	8,33	3	10,71	-	-
Todo o município	2	11,11	8	23,53	2	8,33	3	10,71	3	15,79
Município e outros municípios vizinhos	14	77,78	21	61,76	20	83,33	22	78,57	16	84,21
Total	18	100,0	34	100,0	24	100,0	28	100,0	19	100,0

* Um serviço não respondeu à pergunta.

Em todas as cidades, a maioria das unidades encontra-se formalmente institucionalizada, e um número reduzido está em fase de institucionalização. São raras as exceções, nas quais o programa ou serviço funciona informalmente por iniciativa de um ou mais profissionais. Da mesma forma, em Recife, Rio de Janeiro e Curitiba todas as instituições informaram a perspectiva de continuidade dos serviços e programas. Em Manaus e no Distrito Federal, não há perspectiva de continuidade em apenas um serviço ou programa de cada cidade.

Tabela 40 – Distribuição das instituições, segundo o grau de institucionalização do Serviço/Programa e capital – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Formalmente institucionalizada	18	100,0	33	97,06	20	83,33	25	86,21	18	94,74
Em fase de institucionalização	-	-	-	-	3	12,50	3	10,34	-	-
Informal	-	-	-	-	1**	4,17	1	3,45	1	5,26
Outro	-	-	1*	2,94	-	-	-	-	-	-
Total	18	100,0	34	100,0	24	100,0	29	100,0	19	100,0

* É um núcleo do centro de saúde.

** Por iniciativa dos profissionais.

Como podemos constatar na tabela 41, as pessoas em situação de acidentes e violências chegam às unidades de varias formas. Em Manaus, em Recife, no Distrito Federal e no Rio de Janeiro, a vinda espontânea foi a mais referida pelos respondentes dos questionários nas instituições. Outras formas de acesso são os encaminhamentos institucionais, ou realizados por familiares ou amigos. Somente em Curitiba o encaminhamento institucional é mais freqüente do que a busca espontânea.

Tabela 41 – Distribuição das instituições, segundo a maneira como os pacientes chegam ao Serviço/Programa nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Chegada ao serviço/programa										
Espontaneamente	16	88,9	26	76,5	19	79,1	24	82,8	12	63,1
Encaminhados por instituição*	14	77,8	22	64,7	16	66,7	24	82,8	18	94,7
Trazidos por um familiar ou amigo	13	72,2	16	47,1	11	47,8	21	72,4	12	63,2
Outras maneiras**	7	38,9	15	44,1	8	34,8	14	48,3	13	68,4

* Inclui: instituições de saúde, escolas, secretarias municipais e estaduais, delegacias, IML, conselho tutelar, ONGs, Coordenadoria de Assistência Social, Órgãos de Proteção à Criança e ao Adolescente, Ministério Público, bombeiros, polícia, serviços de saúde, vara da infância e juventude, conselhos, varas, Centro de Defesa, creches, Samu, Concessionárias de Resgate, Hemo-Rio, igrejas, casa de repouso, hospitais, instituições para pessoas especiais e o SOS Criança.

** Inclui polícia, bombeiros, conselho tutelar, Projeto Sentinela, setores da própria instituição, Programa Saúde da Família, companheiro, funcionários de hospitais ou escolas, transeuntes, mãe, pai, avós, familiar, qualquer responsável, pessoas trazidas pelo cônjuge, parentes e vizinhos.

Nas cinco localidades, o atendimento médico foi o objetivo mais frequentemente mencionado pelos programas investigados (tabela 42). O segundo objetivo mais citado variou em cada cidade: em Manaus e no Rio de Janeiro figura a orientação dos direitos; em Recife e Curitiba, o acompanhamento psicossocial e no Distrito Federal são citados, como motivação, a busca por reabilitação, a orientação aos direitos e a proteção de crianças e familiares envolvidos nas várias formas de violência intrafamiliar.

Tabela 42 – Distribuição das instituições segundo os objetivos dos serviços/programas e capital – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Objetivos										
Reabilitação física e/ou emocional	4	22,22	7	20,59	6	25,00	4	13,79	3	15,79
Orientação dos direitos	5	27,78	5	14,71	6	25,00	9	31,03	1	5,26
Atendimento médico	14	77,78	17	50,00	10	41,67	13	44,83	13	68,42
Prevenção de DST e gravidez e atendimento de vítimas de violência sexual	1	5,56	4	11,76	5	20,83	2	6,90	3	15,79
Capacitação de profissionais	-	-	2	5,88	-	-	2	6,90	-	-
Atendimento de crianças e familiares envolvidos em violência familiar/prevenção de acidentes e violência	-	-	8	23,53	6	25,00	8	27,59	3	15,79
Pesquisa	-	-	-	-	-	-	1	3,45	-	-
Atendimento à mulher vítima de violências			3	8,82	3	12,50	2	6,90	-	-
Acomp. psicológico psicossocial	-	-	11	32,35	1	4,17	6	20,69	6	31,58
Acompanhamento jurídico	-	-	5	14,71	-	-	1	3,45	1	5,26
Reinserção da criança/adolescente na família	-	-	6	14,29	-	-	-	-	-	-

Em consonância com os objetivos dos serviços, o atendimento médico, cirúrgico e odontológico é a atividade mais freqüente nas instituições em todos os municípios, seguido pelo acompanhamento social, psicológico e psicossocial. Em relação às ações e aos meios de atendimento, prevalece a assistência hospitalar nos cinco municípios. Atendimento ambulatorial, acompanhamento psicológico e suporte social também sobressaem no conjunto das ações buscadas e realizadas (Tabela 43).

Tabela 43 – Distribuição das instituições, segundo as atividades de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências e capital – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atividades										
Ed. Física/Esportes/Recreação	1	5,56	-	-	-	-	-	-	1	5,26
Atendimento médico/cirúrgico/odontológico	15	83,33	21	61,76	10	41,67	20	68,97	16	84,21
Atendimento social/psicológico/psicossocial	5	27,78	18	52,94	9	37,50	8	27,59	9	47,37
Acompanhamento jurídico	2	11,11	7	20,59	-	-	-	-	-	-
Grupos reflexivos/debates	-	-	5	14,71	1	4,17	2	6,90	-	-
Fisioterapia/fonoaudiologia/terapia ocupacional/reabilitação	5	27,78	7	20,59	3	12,50	2	6,90	3	15,79
Terapias alternativas	-	-	2	5,88	-	-	-	-	-	-
Nutrição	-	-	2	5,88	-	-	-	-	-	-
Educação/Pedagogia	-	-	2	5,88	-	-	-	-	2	10,53
Cursos	-	-	2	5,88	-	-	1	3,45	-	-
Orientações	-	-	3	8,82	2	8,33	7	24,14	2	10,53
Transporte de vítimas	1	5,56	-	-	-	-	1	3,45	1	5,26
Sensibilização da rede de apoio/comunidade	-	-	-	-	-	-	1	3,45	2	10,53

Podemos constatar, na tabela 44, os tipos de ações empreendidas pelas instituições e a diversidade de atuação. Ressaltamos a execução de poucas ações que têm a finalidade de aumentar a compreensão do contexto das violências. Também as estratégias de prevenção são escassas.

Tabela 44 – Distribuição das instituições segundo tipos de ações desenvolvidas e meios de atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipos de ação										
Suporte social	11	61,11	19	55,88	21	87,50	-	-	12	63,16
Visita domiciliar	5	27,78	11	32,35	16	66,67	9	32,14	5	26,32
Acompanhamento psicológico	9	50,00	20	58,82	8	33,33	9	33,33	8	42,11
Grupo de pais	1	5,56	9	26,47	7	29,17	1	3,57	3	15,79
Grupo de crianças/adolescentes/jovens/mulheres/idosos	2	11,11	10	29,41	7	29,17	8	28,57	2	10,53
Grupo de sala de espera	1	5,56	-	-	0	0,00	5	17,86	2	10,53
Oficinas de prevenção à violência	1	5,56	7	20,59	7	29,17	6	21,43	5	26,32
Palestras	7	38,89	17	50,00	13	54,17	13	46,43	7	36,84
Dist. de material educativo sobre proteção/prev. à violência	6	33,33	13	38,24	12	50,00	13	46,43	10	52,63
Outros*	3	18,75	6	17,65	5	21,74	13	50,00	6	33,33

(*) Em Manaus: higienização e limpeza pessoal, contraceptivos, atendimento à queimados e seqüelas de queimados, auto-ajuda, operativo e psicoterápico.

No Recife predominam: distribuição de preservativos, emergência, grupo de família, orientação quanto aos direitos da criança/adolescente, sala de convivência com as mães, supervisão clínica/estudo de casos. No Distrito Federal, as ações estão mais orientadas para distribuição de contraceptivos, Grupo de voluntários pela saúde da mulher, palestras pontuais em épocas especiais. No Rio de Janeiro, as principais atividades enfatizam entrevistas individuais, cursos de extensão, de capacitação profissional e treinamento, grupos de autores de violência, de dependência física e outras dependências, suporte da vida. Em Curitiba, as iniciativas se desdobram em ações de assessoria técnica de relacionamento com o hospital, eventos e abordagens educativas, orientação médica na regulação, pronto atendimento a pacientes com transtorno mental e dependência química, terapia ocupacional, acompanhamento pedagógico – oficinas terapêuticas, artesanato/customização. Ressaltamos que na prestação de atendimento às vítimas de acidentes e violências em todos os municípios, o Conselho Tutelar se apresenta como a entidade mais atuante, pois tanto recebe quanto encaminha pacientes para a maior parte das instituições pesquisadas.

Em Manaus, maior número de unidades que prestam atendimento a acidentados e a vítimas de violência informou receber pacientes encaminhados por escolas e prontos-socorros. Por sua vez, as entidades encaminham mais para Programas de Assistência Social e Conselho Tutelar.

Em Recife e no Distrito Federal, uma proporção significativa das instituições informou receber pacientes das unidades básicas de saúde e de saúde da família, indicando, positivamente, que as unidades que trabalham com as comunidades e famílias estão sensíveis à identificação das situações de acidentes e violências. Elas funcionam como “portas de entrada” do sistema.

No Distrito Federal e no Rio de Janeiro, além do Conselho Tutelar, a Vara da Infância e Juventude e os Programas de Assistência Social foram apontados como instâncias para as quais as unidades de saúde que atendem pessoas em situação de violência mais encaminham vítimas e das quais também recebem pacientes.

Em Curitiba, a maior parte das unidades recebe vítimas encaminhadas pelas escolas e, por sua vez, realizam encaminhamentos desses pacientes para as unidades básicas de saúde, segundo a tabela 45.

Tabela 45 – Distribuição das unidades segundo referências e encaminhamentos envolvidos no atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências nas capitais – 2006

Tipo de serviço	Manaus		Recife		Brasília		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes
Unidade Básica de Saúde	8	11	7	12	16	19	18	15	17	15
Unidade do Programa Saúde Família	6	9	6	13	12	18	10	16	15	15
Pronto-Socorro	8	11	5	6	20	16	11	17	12	10
Serviço de Resgate	6	9	1	3	6	8	4	13	6	12
Ambulatório Especializado	11	10	12	7	20	11	18	13	12	12
Hospital Geral	11	9	12	5	19	13	19	17	12	11
Emergência Hospitalar	10	10	7	5	17	15	14	14	11	11
Hospital Especializado	10	8	10	4	18	9	19	16	13	13
Reabilitação	9	3	8	3	11	5	16	6	6	8
Conselho Tutelar	11	8	15	8	22	17	23	20	15	13
Vara da Infância e Juventude	7	5	8	3	21	17	22	16	8	9
Centro de Defesa de Direitos	8	5	5	2	13	11	17	12	5	4
Escola	3	12	6	4	10	14	4	18	5	17
Delegacia Comum	4	6	5	3	19	10	11	14	7	12
Delegacia de Proteção Criança/Adolescente	10	5	12	6	20	13	15	16	10	9
Delegacia de Atendimento à Mulher	8	6	9	3	19	8	16	15	12	10

Tabela 45 – Distribuição das unidades segundo referências e encaminhamentos envolvidos no atendimento às pessoas em situação de acidentes/violências nas capitais – 2006 (cont.)

Tipo de serviço	Manaus		Recife		Brasília		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes	Encaminha pacientes	Recebe pacientes
Delegacia de Atendimento ao Idoso	7	4	2	-	11	4	13	9	5	5
Programas de Assistência Social	12	8	6	2	16	15	22	15	14	14
Grupos de Apoio (comunitário, auto-ajuda*)	9	7	5	2	11	5	13	8	3	5
ONG	3	3	4	1	6	2	11	10	3	6
Universidades	6	9	1	1	5	4	11	14	6	5
Igreja	-	5	1	1	4	5	5	10	3	7
Outros**	1	1	8	17	5	3	4	6	-	3

* Manaus (Alcoólicos Anônimos – AA); Recife (AA, Centro Eulámpio Cordeiro, Associações de Moradores, Centro de Apoio Psico-Social); Brasília (asilos, Movimento de Apoio ao Canceroso, Serviço Voluntário/SAV, Terapia comunitária na própria unidade de saúde); Rio (AL-Anon, NAR-Anon, Aids, Neuróticos Anônimos, AA, Nepad, Projeto Sentinela, Ciam, Associações de moradores, Cursos profissionalizantes, grupos via serviço social de policlínica); Curitiba (casa de apoio, serviços filantrópicos, igrejas e associações de moradores).

** Manaus (Delegacia de identificação, meios de comunicação, Prefeituras do interior do Estado, cidades de Estados vizinhos, Funasa); Recife (demanda espontânea, hospitais privados, fóruns municipais, Fundac, Casas de Apoio da Prefeitura e do Estado, IML, notificação à vigilância epidemiológica, Programa Bolsa-Escola); Brasília (Casa abrigo, Grupo de apoio domiciliar); Rio de Janeiro (Assistência a ex-combatentes, Grupo pela vida, Centro de atendimento ao alcoólatra ou drogados e/ou Pinel, Ciam, Delegacias, Juizado Criminal, Ministério Público, SMS, população de rua); Curitiba (asilos, clínica de nefrologia e oncologia).

Das cinco capitais, o Rio de Janeiro se destaca por abrigar maior número de unidades que realizam atividades de prevenção. Mesmo assim, em quase 38% dos programas que atendem pessoas em situação de acidentes e violências não é feito nenhum tipo de ação preventiva.

Nas outras quatro localidades, a minoria de instituições atua preventivamente sobre a questão: em Curitiba apenas três instituições (15,8%), em Manaus, cinco (27,8%). Recife e Distrito Federal apresentam uma distribuição mais equilibrada, respectivamente 41,2% e 45,8%. As atividades preventivas mais frequentes são palestras, orientações sobre direitos e formas de se precaver e capacitação de profissionais. No Rio de Janeiro, alguns atendimentos são entendidos como ação preventiva, principalmente quando dizem respeito a alguns grupos vulneráveis como é o caso de usuários dependentes de drogas (tabela 46).

Tabela 46 – Distribuição das instituições segundo as principais ações de prevenção aos acidentes/violências nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ações preventivas às viol./acid.										
Palestras	3	16,67	7	21,21	4	16,67	2	6,90	2	10,53
Orientações sobre direitos e sobre prevenção	2	11,11	3	8,82	1	4,17	8	27,59	2	10,53
Prevenção da gravidez/DST/Aids decorrente de abuso sexual	1	5,56	1	2,94	-	-	2	6,90	1	5,26
Campanhas*	1	5,56	2	5,88	2	8,33	1	3,45	1	5,26
Capacitação de profissionais	-	-	4	11,76	2	8,33	2	6,90	2	10,53
Terapia de casal/familiar e aconselhamento familiar	-	-	3	8,82	-	-	2	6,90	-	-
Grupos de orientação ao agressor	-	-	-	-	1	4,17	3	10,34	-	-
Grupos de adolescentes/Grupo de idosos para prev.	-	-	3	8,82	1	4,17	-	-	-	-
Oficinas profissionalizantes	-	-	1	2,94	-	-	-	-	-	-
Distribuição de materiais informativos	1	5,56	-	-	-	-	1	3,45	1	5,26
Orientação de pais**	-	-	1	2,94	2	8,33	3	10,34	-	-
Atendimento***	-	-	1	2,94	-	-	7	24,14	1	5,26
Oficinas com comunidades/Visitas domiciliares	-	-	3	8,82	-	-	-	-	1	5,26
Participação na rede de proteção	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,26

* Campanhas contra acidentes de trânsito, acidentes domésticos, acidentes de trabalho e violência.

** Reunião de mães, sala de espera, grupo de pais, capacitação de pais.

*** Atendimento a dependente químico, atendimento de saúde mental, atendimento do serviço social, atendimento multidisciplinar, atendimento à mulher vítima, atendimento a meninos.

As ações associadas ao conceito de qualidade de vida não são realizadas na maioria das instituições em Manaus e em Curitiba, em metade das instituições de Distrito Federal, e em pouco mais da metade no Recife e no Rio de Janeiro. Quando efetuadas, as atividades mais frequentes são palestras e orientações.

Em Manaus, Recife e Distrito Federal, pouco mais da metade das instituições referiu a existência de algum tipo de avaliação do trabalho, respectivamente 55,56%, 52,94% e 60,87%. No Rio de Janeiro e em Curitiba, 82,76% e 78,95% delas passam por processos avaliativos.

Com exceção de Manaus, na maioria das instituições o registro das informações sobre o atendimento às pessoas em situação de acidentes e violências é manual, sendo até mesmo inexistente em algumas delas, o que demonstra a fragilidade do conhecimento a respeito do trabalho desenvolvido, o que certamente, dificulta o planejamento e facilita a improvisação. Entretanto, mesmo em Manaus, quando solicitado o número de atendimento por acidentes e violências aos serviços, tais informações, contraditoriamente, não estavam disponíveis. Podemos considerar a pouca valorização da notificação dos casos e das ações como um dos fatores que explicam a dificuldade de implementação de ações sistemáticas de planejamento, organização e avaliação. Apesar de termos tomado ciência de que em grande parte das instituições, nos cinco municípios, os dados registrados são analisados e são elaborados relatórios das atividades realizadas, a dificuldade na obtenção dessas informações (seja em seu estado bruto, seja de forma analítica), fato recorrente nas cinco capitais, permite-nos relativizar a validade e a utilidade desses informes para gerar ações ou mudanças (tabela 47).

Tabela 47 – Distribuição das instituições segundo a realização de ações voltadas para a qualidade de vida nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida										
Educação Física/Esportes/Recreação/Lazer	1	5,56	4	11,76	-	-	1	3,45	2	10,53
Campanhas educativas de prev. e combate à incêndios/prev. de acidentes	1	5,56	1	2,94	-	-	-	-	1	5,26
Palestras diversas/Orientação/Prev. de violência	3	16,67	11	32,35	4	50,00	12	41,38	6	31,58
Ações educativas/reforço escolar/corso de artesanato/outros cursos	-	-	2	5,88	-	-	1	3,45	1	5,26
Orientação de direitos	1	5,56	-	-	-	-	-	-	1	5,26
Não possui	11	61,11	16	47,06	4	50,00	14	48,28	11	57,89

Tabela 48 – Distribuição das instituições segundo a modalidade de registros de atendimento às pessoas em situação de acidentes e violências nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Registro Manual	5	29,41	15	44,12	17	77,27	17	60,71	10	55,56
Registro Informatizado	11	64,71	14	41,18	2	9,09	8	28,57	7	38,89
Não Possui	1	5,88	5	14,71	3	13,64	3	10,71	1	5,56
Total	17	100,0	34	100,0	22	100,0	28*	100,0	18	100,0

* Uma instituição não respondeu a pergunta.

Em consonância com os objetivos e as atividades desenvolvidas, em todos os municípios, os médicos constituem a categoria mais presente nas equipes de profissionais a atuar nas instituições investigadas, seguida dos assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos e auxiliares e técnicos de enfermagem. Nas cinco capitais, em mais de 70% das instituições existem atividades de capacitação para esses profissionais atuarem na atenção às pessoas em situação de acidentes e violências.

Em Curitiba, todas as unidades possuem esse tipo de orientação. Em Manaus, Distrito Federal e Rio de Janeiro, a maior parte das unidades oferece capacitação a seus profissionais de forma regular; em Recife a busca individual de formação para atuar frente ao problema prevalece e, em Curitiba, a última capacitação ocorreu há algum tempo para a maior parte das instituições, conforme exposto na tabela 49.

Tabela 49 – Distribuição das instituições segundo a regularidade das atividades de capacitação nas capitais – 2006

Município	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A última capacitação ocorreu há algum tempo*	4	23,53	9	36,00	4	16,67	5	22,73	10	58,82
A equipe recebe capacitação regularmente **	8	47,06	6	24,00	12	50,00	13	59,09	8	47,06
Cada profissional busca individualmente ou em grupo este tipo de orientação	3	17,65	10	40,00	4	16,67	4	18,18	-	-
A capacitação não é oferecida, nem buscada individualmente	2	11,76	-	-	4	16,67	-	-	-	-
Total	17	100,0	25	100,0	24	100,0	22	100,0	17	100,0

(*) Inclui capacitação oferecida há seis meses, um ano, mais de um ano, há dois anos.

(**) A capacitação é oferecida pelo Serviço/Programa diariamente, semanalmente, mensalmente, trimestralmente, semestralmente, anualmente ou mais.

Tabela 50 – Distribuição das instituições segundo adequação e suficiência da estrutura nas capitais – 2006

Município	Manaus				Recife				Distrito Federal				Rio de Janeiro				Curitiba			
	Adeq.		Sufic.		Adeq.		Sufic.		Adeq.		Sufic.		Adeq.		Sufic.		Adeq.		Sufic.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Instalações físicas	12	66	9	50	22	66	17	51	7	31	6	28	13	46	10	35	13	68	8	42
Equipamentos	15	88	9	52	25	73	25	73	10	45	7	33	14	50	12	42	16	84	7	36
Insumos	12	66	8	44	25	75	21	63	9	40	7	33	18	64	11	39	18	94	15	78
Equipe	15	88	5	29	24	70	15	44	11	50	7	33	23	82	10	37	17	89	5	26

Consultamos gestores e profissionais das unidades estudadas nas cinco localidades em relação à adequação da equipe, dos insumos, dos equipamentos e das instalações físicas para atuar nos agravos e lesões provocados por violências e acidentes. Em Manaus, em Recife, no Rio de Janeiro e em Curitiba, a equipe existente para atendimento foi avaliada como adequada (ou seja, preparada para o que está fazendo) pela maioria dos gestores e no Distrito Federal, pela metade deles.

Em contrapartida, em todos os municípios, os gestores consideram que o grupo de profissionais é insuficiente. O quadro de deficiência se repete para os outros tópicos, sobretudo em relação aos recursos destinados à execução das ações. “Instalações físicas” foi o item considerado menos adequado pelo conjunto de instituições avaliadas em cada cidade.