

## 7. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar

Suely Ferreira Deslandes  
Maria Cecília de Souza Minayo  
Andréia Ferreira de Oliveira

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

DESLANDES, SF., MINAYO, MCS., and OLIVEIRA, AF. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. 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. 139-157. 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/).

# 7 | ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Suely Ferreira Deslandes  
Maria Cecília de Souza Minayo  
Andréia Ferreira de Oliveira

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Brasil, 2001a), ao tomar, como uma de suas diretrizes, a sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar, reconhece o papel estratégico desse tipo de intervenção para salvar vidas e evitar seqüelas, por vezes permanentes, entre as vítimas. Vale lembrar que o atendimento pré-hospitalar é composto por uma enorme diversidade de serviços. Costumamos distinguir duas esferas: o pré-hospitalar fixo e o móvel.

O pré-hospitalar móvel tem como missão o socorro imediato das vítimas e encaminhamento para o atendimento pré-hospitalar fixo ou para o atendimento hospitalar (Brasil, 2004c).

O atendimento pré-hospitalar móvel ou fixo se fundamenta na idéia de que, freqüentemente, lesões e traumas provocados por vários tipos de evento, dentre eles, acidentes e violências, têm condições de serem revertidos em sua totalidade ou em parte, dependendo do suporte oferecido à vítima.

Um dos fatores críticos que interferem no prognóstico das vítimas de trauma é o tempo gasto até que o tratamento definitivo possa ser efetivado. Segundo o Committee on Trauma of American College of Surgeons, o intervalo ideal para execução dos procedimentos é de 20 minutos (Pepe et al., 1987; Whitaker, 1998). A presteza do atendimento se deve ao fato de que as primeiras horas pós-evento traumático têm sido apontadas por vários autores (Whitaker, 1998; Trunkey, 1980) como o período de maior índice de mortalidade. Champion et al. (1990) constataram que, em geral entre as vítimas fatais de traumas, mais da metade não chega a resistir 24 horas. Pelos argumentos citados, entendemos que o atendimento pré-hospitalar deve favorecer o atendimento rápido com otimização dos recursos disponíveis visando à preservação da vida e da qualidade futura do desempenho dos sobreviventes.

Segundo Albuquerque e Minayo (2007), dois modelos têm inspirado a organização do pré-hospitalar móvel: o americano e o francês, sendo que muitos outros países adotam estratégias que mesclam as características destas duas matrizes de orientação

(Deslandes, 2002). O modelo de pré-hospitalar americano prioriza o atendimento feito por paramédicos (técnicos) enquanto o modelo francês adota a presença de médicos nas ambulâncias (Lechleuthne, 1994). Nos Estados Unidos, os paramédicos podem, inclusive, variando de um estado para outro, realizar a administração de medicamentos. Em alguns países como Japão e a Inglaterra esses profissionais podem também realizar procedimentos de suporte avançado de vida, tais como desfibrilação, entubação endotraqueal e aplicação de medicamentos por via intravenosa (Hayashi et al., 2002; Rainer et al., 1997).

Na França, onde é exigida a presença do médico nas unidades móveis, os bombeiros atuam somente no resgate de vítimas com lesões de baixa gravidade e na liberação da vítima quando presa a ferragens (Nikkanen et al., 1998).

No Brasil, em muitas cidades já vigora o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (Samu), que constitui atualmente uma política de governo. O Samu foi oficializado pela Portaria 1.864/GM de 29 de setembro de 2004, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação destes serviços em municípios e regiões de todo o território brasileiro: o Samu-192. A atual institucionalização do Samu (como atendimento móvel), articulada ao investimento nas unidades fixas para atendimento pré-hospitalar constitui uma inflexão importante na implantação da PNRMAV, respondendo ao momento de incremento das causas externas no país, nos últimos 25 anos.

O Corpo de Bombeiros teve uma atuação histórica importante no sistema pré-hospitalar antecedendo a política representada pelo Samu. Em 1990, quando foi implementado o Programa Nacional de Enfrentamento de Emergências e Traumas (PNEET), o GSE/RJ, o Sistema de Atendimento ao Trauma e às Emergências (Siate) de Curitiba, o Sistema denominado Resgate, de São Paulo, e a Companhia de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal não só realizavam os serviços de atendimento como também lideravam treinamentos. Houve um grande investimento em capacitação de instrutores e em padronização do conteúdo didático e, a partir daí, foram treinados bombeiros de todos os estados da federação, em cursos de aproximadamente 30 horas, dando início ao processo de implantação e fortalecimento da atenção pré-hospitalar móvel executada pela Corporação Bombeiro-Militar em todo o país.

Em alguns municípios, o Corpo de Bombeiros ainda continua como o único órgão responsável pelo atendimento móvel às pessoas envolvidas em acidentes e violências e há outros lugares em que as duas modalidades de socorro atuam juntas. Existem ainda outros modelos de resgate das vítimas (modelos SOS). Esta pesquisa envolve os seis serviços de pré-hospitalar móvel que atendem vítimas de acidentes e violências atuantes nas cinco capitais (em Manaus funcionam dois serviços).

O atendimento pré-hospitalar fixo é aquele direcionado aos quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, no primeiro nível da atenção. Engloba uma grande heterogeneidade de serviços.

Geralmente, esse tipo de atendimento pode ser prestado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades dos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitá-

rios de Saúde (Pacs), bem como por ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergência<sup>8</sup>, tais como o Pronto Atendimento de 24 horas, também chamado, em algumas localidades, como Pronto-Socorro (PS).

Neste estudo, por termos definido que só seriam incluídos os serviços que fossem reconhecidos oficialmente pelos gestores e profissionais por atenderem as vítimas de violências e acidentes, tivemos a participação majoritária dos Prontos Atendimentos 24 horas e dos ambulatórios especializados voltados para grupos mais vulneráveis, tais como crianças e adolescentes ou mulheres vítimas de violências<sup>9</sup>. Nesses ambulatórios especializados, são prestados atendimentos tanto em situações emergentes como em situações crônicas e reincidentes, isto é, quando a violência já é uma experiência vivenciada há muito tempo.

Portanto, lidamos neste capítulo com serviços que possuem diferentes propósitos, características e estratégias.

## O PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL: QUANDO A PRESSA É AMIGA DA VIDA E A DESARTICULAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS É UMA AMEAÇA

O pré-hospitalar móvel pode ser definido como sendo o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, prestando-lhe socorro e transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Está formalmente direcionado para a atenção de pessoas que apresentem quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica. Esse nível de serviço se constitui em uma atribuição da área da saúde, sendo quase sempre vinculado a uma central de regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população (Brasil, 2004c).

Essa modalidade de atendimento às vítimas de acidentes e violência visa a estabilizar as condições vitais dos pacientes e a fazer um transporte adequado até uma unidade de maior complexidade, buscando evitar iatrogenias por manipulação ou tratamento incorretos dos pacientes que possam culminar com situações de incapacidade física temporária, permanente ou até a morte (Witaker et al., 1998).

O período em que a pesquisa foi realizada demarca a transição e a convivência entre dois modelos de atendimento, um realizado historicamente pelo Corpo de Bombeiros e outro, mais recente, a cargo do Samu. O Corpo de Bombeiros tem atuado em todo o país,

<sup>8</sup> Do ponto de vista conceitual, há quem trate os termos urgência e emergência como sinônimos. Entretanto, também há quem considere que há diferenciações entre eles. Neste último caso, emergências médicas são quadros em que a vida do paciente encontra-se em risco e por isso é necessário e importante agir e tomar decisões médicas imediatas, devido à sua gravidade. Já a urgência médica é a situação em que não há risco de vida para o paciente, nem de agravamento do quadro, ou seja, o caso requer assistência médica, mas o atendimento e o transporte do enfermo podem ser feitos em um espaço de tempo reduzido (Brasil, 2004d).

<sup>9</sup> A pesquisa incluiu nove unidades de atenção básica ampliada (oito do DF e uma do Rio), e 18 PS/24 horas (três no DF, cinco de Curitiba, cinco de Manaus, quatro no Recife e o único que atendia traumas no Rio). Os serviços de diagnóstico e terapia especializados foram quatro (três do DF e um de Recife). Dezenove ambulatórios especializados (cinco no DF, dois em Curitiba, um em Manaus, quatro em Recife e sete no Rio de Janeiro) e finalmente seis serviços de pré-hospitalar móvel (Samu de Curitiba, Recife, DF, GSE do Rio de Janeiro, Samu e SOS de Manaus).

geralmente através de linha própria (193) sem possuir necessariamente uma regulação médica. O atendimento geralmente é feito por técnicos de enfermagem. Algumas capitais, contudo, contam com atendimento que inclui a presença de médicos, já organizado por meio de uma central de regulação e dispendo de ambulâncias diferenciadas segundo complexidade (este é o caso do Rio de Janeiro).

O Samu propõe um modelo de assistência padronizado que opera com uma central de regulação, com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso (linha 192), com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada. No sistema Samu, há uma normalização para a composição das equipes de socorro segundo complexidade, regulando os tipos de unidades móveis e suas atribuições e recursos. Foram criados protocolos para atendimento com múltiplas vítimas, além de ferramentas operacionais regulares (mapa de área de atuação identificando os pontos de apoio das unidades básicas e das unidades de maior complexidade; grade de referência e contra-referência dos serviços interligados de urgência do município ou região; lista de todos os telefones; mapas para capacidade instalada dos serviços de urgência e viária e mapas de risco) (Brasil, 2004c).

A comunicação e cooperação entre os modelos Samu e Bombeiros ocorreu (e ainda ocorre) de forma desigual entre as cidades. O Samu, como um novo ator neste cenário, é visto por gestores e profissionais como uma iniciativa bem-vinda porque é capaz de agregar mais recursos e garantir maior cobertura. Mas também é avaliado por outros como perda de espaço político e de financiamento do Corpo de Bombeiros, instituição que agrega, há décadas, uma grande experiência no atendimento pré-hospitalar. Destacaremos três realidades distintas que ilustram bem esse momento de repactuações e articulações que obviamente apresenta aspectos colaborativos e conflituosos.

Em Manaus, por exemplo, o serviço pré-hospitalar móvel era dividido entre o atendimento do SOS, de responsabilidade municipal e do Resgate, de responsabilidade do Corpo de Bombeiros. Ambos atuaram conjuntamente até janeiro de 2006. Entretanto, não contavam com a presença do profissional da área médica, nem de equipamentos adequados a este tipo de atendimento. As atuações do SOS e do Resgate caracterizavam-se essencialmente pelos primeiros cuidados, pela imobilização de vítimas e pelo encaminhamento às unidades de saúde. Ainda que tivessem atribuição de servir no âmbito da cidade de Manaus, os atendimentos também eram feitos por solicitação de prefeituras de outros municípios que demandavam suporte para o cuidado com vítimas provenientes deles, quando chegavam à capital.

A substituição dos dois serviços citados pela implantação do Samu foi muito bem vista pelos gestores. Embora iniciante, ela significa expectativas de melhoria e qualidade, pois, além de padronizar normas e procedimentos por meio de um programa nacional, inclui a dotação, pelo Ministério da Saúde, de equipamentos de resgate segundo as características da região. Ademais, a proposta é implantar bases de serviços em outros municípios, sendo disponibilizadas unidades aéreas e pluviais para localidades de difícil acesso. Essa melhoria de planejamento integrado, de dotação de equipamentos, de normas e orientação

significa muito para as dramáticas dificuldades de acesso num território somente alcançável por várias horas de avião ou dias navegando por barco.

*Há 11 municípios dos 62 que não têm aeroporto próprio, que dependem de municípios vizinhos. Vizinho aqui, sabes como é? Tem que pegar lancha, leva tempo, às vezes tem auxílio do Búfalo do Exército. Só que muitas vezes o paciente não tem como esperar... Pense no caso do paciente esfaqueado, que está num município que para chegar aqui ele leva 5 dias de barco. Imagina que ele vem com intestino aberto, num barco, nessas condições. Às vezes ele falece antes de chegar. Quando dá para o município mandar por avião eles mandam, mas isso também tem um custo alto. Em média gastam de 9 a 11 mil reais para o deslocamento de um paciente. (Gestor do serviço pré-hospitalar - Manaus)*

Dentro dessa divisão de trabalho, o Corpo de Bombeiros fica responsável apenas pelo resgate de vítimas nas chamadas “zonas quentes”, onde haja perigo de desmoronamento, incêndio, situações com vítima presa a ferragens etc. O profissional médico e de enfermagem do Samu participariam, então, dos atendimentos nas “zonas frias” ou após a intervenção do Corpo de Bombeiros.

Todavia, esta articulação se faz, apesar da insatisfação dos Bombeiros, pela ausência de apoio e suporte ao programa já existente e pelo sentimento de desvalorização de tanta experiência acumulada. Na verdade eles têm suas atribuições reduzidas. Para Manaus e para outros municípios vizinhos, no entanto, a expansão que o Samu representa na cobertura (há perspectiva de funcionamento de 14 unidades regionais) e na melhoria da qualidade da atenção pré-hospitalar é de vital importância.

*Olha como a coisa tende a mudar: nos casos de parada respiratória, outras situações de menor complexidade que os SPAs atendem bem, não é o caso, mas quando tinha um caso de politraumatizado grave, o SOS levava para o que tinha mais próximo, às vezes um SPA para o primeiro atendimento, depois é que transferiam. A partir do Samu, já se tem estrutura pra esse primeiro atendimento, pra regular e levar direto onde tem que ser atendido. Hoje já se programa pra onde tem que ir levando o paciente, e não pro lugar mais próximo (Gestor da atenção pré-hospitalar - Manaus)*

Observamos uma situação peculiar no Rio de Janeiro. Nesse município, a atenção pré-hospitalar móvel aos acidentados e vítimas de violência desde 1986 é competência do Grupamento de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (GSE/CBMERJ), com o diferencial de ter sempre contado com equipes médicas para regulação e para atendimento.

Esse grupo possui ainda larga tradição nos serviços que apóiam a realização de grandes eventos tais como o *réveillon*, o carnaval e shows em locais públicos:

*Aqui no Rio de Janeiro o Grupo de Socorro do Corpo de Bombeiro considera como múltiplas vítimas uma fila de dez; e é talvez uma das maiores experiências mundiais em atendimento a acidentados com múltiplas vítimas. O Grupo de Socorro dos Bombeiros tem muito a contribuir, acho que ele tem que ser incluído em qualquer programa que se vai fazer. Não tem ninguém no mundo hoje, tenho absoluta certeza em afirmar isso, que tenha a experiência do GSE do Rio de Janeiro. (Gestor estadual - SES-RJ)*

Os gestores entrevistados elaboraram enfática crítica ao Ministério da Saúde por não ter envolvido o GSE na formulação e implantação da política de atenção às urgências da qual se originou o Samu. Esta circunstância foi explicada pelos entrevistados pelo fato de o GSE não pertencer à área da saúde (nos outros estados os serviços de socorro dos bombeiros não contam com médicos) e pela suposta dificuldade da Saúde em estabelecer interlocução com outros setores, negando sua propalada consigna de intersetorialidade.

*Essa portaria desconsiderou as Corporações,(...) em grande parte por que os parceiros Bombeiros do resto do Brasil, não eram profissionais de saúde; e quem estava formulando política, era o Ministério da Saúde. E o Ministério da Saúde tem dificuldade de dialogar com quem não é saúde; mas no Rio isso é um grande pecado, por que a gente tem vinte anos de experiência nas costas; formando pessoas, especializando pessoas, com muita experiência e profissionais de saúde; então nós fomos desconsiderados. (Gestor 1 - Pré-hospitalar)*

A ausência de integração por “questões políticas setoriais” foi profundamente lamentada, principalmente porque a interação entre os órgãos possibilitaria elevar consideravelmente o orçamento do GSE.

*Isso causou uma revolta muito grande no serviço, e ainda mais que a gente vinha conduzindo o serviço com recursos muito parvos do SUS. E essa política traz um financiamento, que é assim; vinte vezes maior do que a gente consegue para tocar o serviço. Para você ter uma idéia, consegue se tocar o serviço com dificuldade, mas em torno de setenta unidades; com cem, cento e vinte mil reais, por mês; o faturado com o SUS, cobra-se mais; mas tem um teto; então o que entra é cento e dezanove, cento e dezoito mil reais, por mês. Isso sustentava setenta ambulâncias; hoje uma ambulância do Samu tem a função de receber cinquenta mil reais, só do Governo Federal. Por mês. Quer dizer, se o nosso serviço fosse financiado por esta política; a gente estava com tudo funcionando sem dificuldades, sem o estresse que hoje se passa. (Gestor 1 - Pré-hospitalar).*

Na verdade houve uma fraca tentativa de integração que não foi adiante por entraves políticos envolvidos em subterfúgios de questões menores, como por exemplo, a obrigatoriedade do uso de logotipos, uniformes e equipamentos específicos. Além disso, a possibilidade de repasse de verbas da estrutura Samu para os Bombeiros foi considerada improcedente. Todos esses fatores impediram a integração do GSE ao processo de implantação do Samu no estado.

*Eu acho que faltou às pessoas sentarem; e estabelecerem de fato uma parceria. A gente chegou a delinear isso, por que o GSE tinha representantes em várias regiões; e a gente chegou a delinear; (...) A recomendação que a gente tinha, era de que o representante da região sentasse com os secretários municipais seus, que são médicos iguais a eles. E vem cá, vocês vão fazer Samu? Vamos. Então vamos sentar e ver: vocês atendem as chamadas domiciliares (urgências clínicas), a gente atende a via pública, vamos fazer um centro de operações único, enquanto parte do dinheiro, que você recebe para lá, vamos passar para cá. Mas começaram a ter restrição, que eles não poderiam passar dinheiro para o bombeiro. A ambulância não poderia ser vermelha, né? Então o pessoal do bombeiro, teria que usar uniforme, imposto pelo Samu, ou seja, ficou inviável politicamente viabilizar um projeto conjunto. (...) Então as negociações se interromperam, os municípios que deram conta de fazer, fizeram; e aí fizeram seus treinamentos como puderam. (Gestor 1 Pré-hospitalar - Rio de Janeiro)*

Segundo a Portaria 1864/GM, o Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde se compromete a repassar ao Samu as seguintes quantias mensais: R\$ 12.500 por equipe de suporte básico, R\$ 27.500 por equipe de suporte avançado e R\$ 19.000 por equipe da Central Samu. Em contrapartida, o Corpo de Bombeiros continuaria a receber segundo a tabela SAI/SUS. Sem esta parceria, o processo de capacitação dos profissionais que integrariam o Samu foi considerado pouco produtivo, por ter focado conteúdos fora da realidade carioca.

Finalmente, em 2005, foi implantado o Samu e, segundo informante do Corpo de Bombeiros, ficou então informalmente acordado que este serviço no município do Rio de Janeiro limitar-se-ia a atender às urgências clínicas e domiciliares, não realizando atendimentos em via pública e não atendendo às vítimas de acidentes e violências. Em outros termos, com pouca verba, o GSE continuaria a ser o responsável por boa parte dos atendimentos e é o único a realizar socorro às pessoas vítimas de acidentes e violências.

Em Curitiba, observamos, em contrapartida, excelente articulação entre Bombeiros e Samu. Nessa capital, o socorro é feito, desde 1990, pelo Siate, gerenciado pelo Corpo de Bombeiros, e que sempre contou com regulação médica dos chamados, através da participação de médicos da secretaria estadual ou municipal de Saúde. Como esse serviço era considerado eficiente e rápido, gozando de credibilidade da população para atendimento ao trauma, continuou então a prestar os atendimentos, agora de forma integrada ao Sistema Samu.

O Samu, por sua vez, faz parte de uma rede mais ampla, o Sistema de Atendimento Municipal às Urgências. Assim, o Siate cuida das situações de acidentes e violências e o Samu, das emergências clínicas.

Na prática, se alguém em Curitiba liga para a linha 193 dos Bombeiros, a central de comunicação transfere a ligação para a linha 192 (Samu) onde será atendido por uma central de regulação médica que avaliará a gravidade da situação e designará ambulância e equipe apropriada.

*Existe uma interação muito grande entre os dois serviços então, no tocante ao atendimento do trauma, não existe dificuldade técnica para este atendimento. (Gestor Pré-hospitalar - Curitiba)*

Os serviços de atendimento pré-hospitalar são responsáveis por um número considerável de atendimentos anuais nas capitais pesquisadas. Observando os dados de atendimento de 2004 e 2005 na tabela 50, concluímos que o socorro para acidentados de trânsito e transporte e demais acidentados constituem a maioria dos cuidados. A atenção às vítimas de agressões, em 2005, destaca-se nas cidades de Manaus, Rio e Curitiba.



Tabela 51 – Número absoluto dos tipos de atendimentos de pré-hospitalar móvel por acidentes e violência realizados nas capitais estudadas – 2004 e 2005\*

	Distrito Federal		Curitiba		Manaus		Recife		Rio	
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Total de atendimentos	514.349	537.282	824.022	429.144	964.892	680.358	363.514	213.794	1.547.138	816.422
Atendimentos por agressão	267	398	2.413	1.430	2.289	496	670	280	2.633	1.426
Atendimentos por lesão autoprovocada	139	129	41	26	20	0	143	66	554	326
Atendimentos por lesão decorrente de intervenções legais	47	70	0	0	0	0	0	0	0	0
Atendimentos por acidentes de trânsito/transportes	108	136	5.247	2.208	5.795	1.007	3.447	1.541	40.964	21.379
Atendimentos por quedas	71	652	4.288	2.530	0	0	1.703	852	13.920	7.293
Atendimentos por demais acidentes	118	473	390	134	0	81	396	185	3.278	1.732

\* No ano de 2005 só foram incluídos dados referentes ao 1º semestre.

Por outro lado, gestores do Distrito Federal e Curitiba pontuam que o atendimento às vítimas em localidades consideradas muito violentas apresenta grande dificuldade.

*no tocante ao atendimento do trauma, não existe dificuldade técnica para este atendimento. No entanto, ao se tratar de casos de violência, muitas vezes é necessário o apoio da segurança pública em conjunto com a atividade de assistência médica. Isto faz com que, muitas vezes, nós tenhamos necessidade de atrasar o atendimento médico por conta de uma situação de violência ou de risco para a própria equipe, no aguardo da segurança pública.*  
(Gestor pré-hospitalar - Curitiba)

Em relação aos registros de atendimento, os gestores informam que a notificação não segue os critérios da CID-10 no Rio e em Recife. Todavia, todos os serviços afirmam fazer análise sistemática dos dados e utilizá-los como base para o planejamento das ações. Quando perguntados como avaliavam seus registros, os gestores pontuaram sempre notas elevadas (entre 7 e 10). Observamos, porém, uma discrepância funcional, pois esses bancos de dados não estão articulados com os de outras instituições que prestam atendimento às vítimas de acidentes e violência nos municípios.

No que concerne à organização do atendimento pré-hospitalar móvel, os municípios estudados foram unânimes em afirmar que possuem articulação com a rede hospitalar através de central de regulação ou com rede pactuada do município (no caso do Rio, essa é operada pelos Bombeiros). Contudo, ao aferirem notas para essa articulação,

especialmente os gestores do Rio, Distrito Federal e Curitiba revelam insatisfação, atribuindo-lhe nota 6,0. Os gestores das cidades de Manaus e Recife se mostraram mais satisfeitos, valorizando essas relações com a nota 9,0.

Todos os serviços pré-hospitalares das capitais estudadas afirmaram possuir rotinas e protocolos para o atendimento às vítimas de acidentes e violências.

Analisando os recursos disponíveis para o atendimento, observamos que estes variam consideravelmente em cada cidade. Os veículos de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel são definidos de acordo com a Política Nacional de Atendimento às Urgências (Brasil, 2004e) como:

- Ambulâncias – denominam veículos terrestre, aéreo ou aquaviário e se destinam exclusivamente a transporte de pacientes. Podem ser do tipo A (remoções simples de caráter eletivo), tipo B (Suporte Básico de Vida – paciente com risco de vida em transporte inter-hospitalar e paciente do pré-hospitalar com risco de vida desconhecido), tipo C (resgate, atendimento pré-hospitalar de vítimas de acidentes ou em locais de difícil acesso, com equipamento de salvamento) tipo D (Suporte Avançado de Vida – paciente com alto risco de vida em emergência pré-hospitalar e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, com equipamentos), tipo E (aeronave de asa fixa ou rotativa para transporte inter-hospitalar e de resgate paciente) e tipo F (embarcação – veículo motorizado para transporte via marítima ou fluvial).
- Veículos de intervenção rápida – carros leves para transporte dos médicos com equipamentos para suporte avançado de vida.
- Outros veículos – carros comuns adaptados para transporte de pacientes de baixo risco.

Ressaltamos que o conjunto das cinco capitais possui pelo menos um dos três tipos de ambulância preconizados para o pré-hospitalar: B, C ou D. Contudo, ao examinar o que, efetivamente, está disponível em cada uma delas verificamos diferenças e deficiências que podem ser mais bem visualizadas no quadro 5.

Quadro 5 – Disponibilidade de unidades móveis segundo tipo e cidade – 2006

Tipos de unidade	Manaus	Recife	Distrito Federal	Rio de Janeiro	Curitiba
Ambulância tipo A					
Ambulância tipo B					
Ambulância tipo C					
Ambulância tipo D					
Ambulância tipo E					
Ambulância tipo F					
Veículos de intervenção rápida					

Em Manaus, onde o Samu ainda está em implantação, não há ainda ambulâncias do tipo D e E, mas existem expectativa e planejamento para isso. Em contrapartida, possui ambulâncias do tipo F. Não possuir unidades com suporte avançado de vida é um problema realmente grave que a implantação do Samu promete resolver. Atualmente, o Samu trabalha com as mesmas oito bases descentralizadas no município que eram operadas pelo SOS e pretende expandir o número de ambulâncias com os recursos disponibilizados pelo projeto.

O Samu de Recife não possui ambulâncias do tipo C, dificultando o resgate de vítimas em locais de difícil acesso nem aeronaves. Dispunha de um total de 11 ambulâncias e agora conta com 15. Existe plano para que a progressiva implantação do Samu expanda consideravelmente o atendimento, incluindo toda a Região Metropolitana. Isto representa um aumento de cerca de um milhão e meio de habitantes na cobertura do sistema<sup>10</sup>.

O Distrito Federal somente possui ambulâncias do tipo B e D, ou seja, apresenta baixa diversidade de opções.

No Rio de Janeiro o GSE-Corpo de Bombeiros possui 78 ambulâncias, sendo que a metade com suporte avançado e presença de médicos. Conta ainda com todos os tipos de ambulâncias.

Curitiba possui uma estrutura que agrega vários serviços, desde a integração Siate/Samu ao suporte hospitalar. Isso representa um total de 64 ambulâncias (13 Siate, 21 Samu e 30 da central de ambulâncias). Dispõe dos tipos B, C e D e somente não possui aeronaves. As ambulâncias do Samu dividem-se em 15 para o suporte básico (sem médico) e cinco de suporte avançado (com médico, enfermeiro e socorrista) e 1 ambulância de UTI neonatal. Já o Siate possui 13 ambulâncias de suporte básico para remoção dos traumatizados com socorristas e dois veículos pequenos para transporte rápido do médico quando se faz necessária sua presença no local do acidente para atendimento.

Visando a analisar a disponibilidade de recursos, verificamos se as unidades móveis possuem a maioria dos equipamentos e medicamentos preconizados pela Portaria 2048/MS (Brasil, 2004d). Apenas a cidade do Rio de Janeiro preencheu esse critério. Tal fato é corroborado por estudo que analisa a estrutura desse serviço prestado pelo GSE-RJ:

<sup>10</sup> O atendimento do Samu preconiza os seguintes parâmetros: uma equipe de Suporte Básico de Vida (SBV) para cada 100/150 mil habitantes (um motorista, um auxiliar/técnico de enfermagem e uma ambulância tipo B); uma equipe de Suporte Avançado de Vida (SAV) para cada 400/450 mil habitantes (um motorista, um médico e um enfermeiro e uma ambulância tipo D). Um médico regulador para cada Central e um Núcleo de Educação em Urgência em cada capital.

*Todos os Auto Socorro de Emergência (ASE) dispõem de recursos de suporte de vida, com monitores-desfibriladores, material para assistência respiratória, monitores de saturação de oxigênio e dispositivos especiais para imobilização de fraturas e da coluna vertebral. Os ASE dispõem, adicionalmente, de material para acesso avançado às vias respiratórias, respiradores mecânicos, medicamentos, soluções endovenosas e equipamentos de monitorização cardio-respiratória sofisticados. Os helicópteros aeromédicos são equipados com os mesmos recursos humanos e materiais dos ASE-A, prestam socorro direto em situações de tráfego terrestre difícil, em ilhas ou embarcações e apoio operacional às diversas equipes terrestres, além de transporte intermunicipal e interestadual. (Canetti et al. apud Vincent, 2005: 33-34)*

Entretanto, os gestores aferem notas altas (entre 9 e 10) aos equipamentos e medicamentos disponíveis nos seus sistemas pré-hospitalares. Apenas os do Distrito Federal pontuaram esses quesitos com nota mais crítica (7,0). Também um dos serviços de Manaus que pontuou com nota zero o item “medicamentos” e deu nota nove para “equipamentos”.

Considerando os recursos humanos, os dois serviços de Manaus juntos possuem dois coordenadores, 27 enfermeiras, 164 auxiliares e 96 motoristas. O Distrito Federal não possui uma equipe própria, recrutando seus profissionais na própria rede de saúde.

Recife pretende mudar para uma sede maior, expandindo o atendimento com regulação médica, e aumentar o quadro de pessoal, passando dos atuais 6 médicos para 8 por plantão. Apresenta um quadro com um coordenador, 28 médicos, 17 enfermeiras, 84 auxiliares de enfermagem e 70 motoristas. O GSE do Rio de Janeiro constitui a maior equipe: 14 coordenadores, 221 médicos, 4 enfermeiras, 492 auxiliares de enfermagem, 1 assistente social. Estes dados diferem dos apresentados em estudo por Vicent (2005) que indica para 2005 uma equipe do GSE-RJ de 260 médicos, 5 enfermeiros, um farmacêutico, uma assistente social, 95 técnicos de enfermagem especializados em urgência pré-hospitalar, 280 auxiliares e técnicos de enfermagem (Vincent, 2005). Tal divergência de dados pode indicar mudanças na dinâmica dos serviços ou mesmo a diferença dos métodos de coleta. Já o Samu de Curitiba opera atualmente com 7 coordenadores, 23 médicos na Central de Regulação, 47 médicos nas unidades avançadas de suporte, 72 auxiliares de enfermagem, 28 enfermeiros e 68 motoristas.

Todas as equipes tiveram capacitação profissional baseada no protocolo assistencial do Prehospital Trauma Life Support/ American College of Surgeons (PHTLS/ACS), que se baseia em definição dos passos essenciais na abordagem e manejo iniciais do politraumatizado. Apenas o gestor de Brasília menciona problema com capacitação, dado que o Samu não pode contratar profissionais, havendo que se deslocar pessoal oriundo da rede.

A avaliação dos gestores quanto ao número e qualificação dos profissionais disponíveis para o atendimento recebe novamente notas mais críticas no Distrito Federal (6,0 e 5,0 respectivamente) e também em Manaus (nota 6,0 para a qualificação dos socorristas). Essa questão da qualificação e treinamento dos profissionais do quadro para atendimento pré-hospitalar é fundamental, portanto não é um problema menor o que ocorre em Brasília e Manaus. Todos sabemos o quanto é crucial a adequação desse tipo de atendimento para salvar a vida dos acidentados e feridos.

Uma vez que a presteza do socorro é um dos itens fundamentais aos serviços de atendimento pré-hospitalar buscamos conhecer os tempos médios gastos nos serviços e apresentados por cada uma das capitais, como pode ser verificado na tabela 52.

Tabela 52 – Tempos médios em minutos do atendimento pré-hospitalar segundo capitais – primeiro semestre de 2005

Tempo médio	Manaus	Recife	Distrito Federal	Rio de Janeiro	Curitiba
Resposta das Equipes de Urgência	2	15	10	9	10
Tempo médio decorrido no local de ocorrência	15	20	Sem inf.	13	20
Tempo Médio de transporte até a unidade de referência	5	10	20(*)	20	6
Espera para o primeiro atendimento	Sem inf.	15	Sem inf.	9	8
Resposta Total	20	45	Sem inf.	66	35

(\*) Quando se trata de um resgate em Brasília, o tempo estimado foi de 20 min e, quando o resgate era em alguma cidade-satélite, o tempo era de 30 min.

a) Tempo Médio de Resposta das Equipes de Urgência: É o tempo transcorrido desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a chegada no lugar do ocorrido da equipe do Samu/GSE.

b) Tempo Médio decorrido no local de ocorrência: É o tempo transcorrido desde a hora da chegada no lugar do ocorrido da equipe do Samu/GSE até sua saída do cenário.

c) Tempo Médio de transporte até a unidade de referência. É a média dos tempos de transporte do cenário ao hospital de referência. O denominador será o número total de intervenções que geraram internações em unidade hospitalar de referência.

d) Tempo Médio de Espera para o primeiro atendimento: Mede o tempo médio, em minutos, do momento de chegada do paciente à unidade hospitalar até seu efetivo atendimento por profissional médico.

e) Tempo Médio de Resposta Total: É o tempo transcorrido desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência.

Considerando o tempo de resposta total como um dos indicadores da qualidade da atenção, podemos trabalhar com algumas hipóteses para analisar os dados. As informações da tabela 52 indicam que Manaus apresenta um tempo de resposta total mais baixo, entretanto este baseou-se em estimativa e provavelmente falha em sua precisão. Recife apresenta uma medida intermediária. Rio e Curitiba apresentam comportamentos opostos. Curitiba tem um dos menores tempos, sendo favorecida pelo baixo tempo de transporte até a unidade de referência, o que indica uma boa articulação entre a ação da unidade móvel e as unidades de pré-hospitalar fixo e hospitais – fato esperado dado o modelo do sistema Samu existente na cidade. O GSE do Rio de Janeiro, ao contrário, apesar de gastar poucos minutos para chegar no local onde se encontra a vítima e para sua atuação no cenário do primeiro atendimento, dispensa precioso tempo até a chegada na unidade de atendimento da rede. Este fato é mais bem esclarecido por gestores que denunciam a baixíssima articulação entre o pré-hospitalar móvel e a recepção do paciente nas unidades da rede pública nessa cidade.

*às vezes eu estou aqui; eu saio daqui e vou aqui; pego o doente e aqui tem um hospital. Só que eu não posso levar pra cá porque eu sei que esse hospital não tem capacidade de receber o doente; porque tá faltando o Neuro[logista], então tem que pegar ele daqui e atravessar a cidade para outro lugar, por que eu já sei que não adianta levar o doente para cá. Isso tudo a gente já sabe. Só que, o que acontece como a rede já esta saturada. (...) Os problemas maiores encontrados pela central da regulação é que eu não tenho hospital de referência, então isso aqui é um verdadeiro inferno brasileiro, então outro dia eu tenho tomógrafo, mas não tenho operador; um dia eu tenho*

*tomógrafo e operador, mas não tenho filme; o dia que eu tenho os três, faltou o ar condicionado; então a gente tem uma falta muito grande do especialista e de vaga, porque nós temos uma falta de entrada muito grande e a de saída nenhuma. Porque a emergência ela não é emergência; a emergência é que todo mundo procura, porque sabe que algum médico ali que vai atender (...)*  
(Gestor 2 Pré-hospitalar - Rio de Janeiro)

Depoimentos destes gestores chegam a revelar que os profissionais responsáveis diretamente pelo socorro às vítimas tentam nunca trocar o dia em que estão de plantão, porque a difícil equação equipamentos-especialistas muda radicalmente de um dia para outro, conformando uma rede de ofertas nos hospitais específica para cada dia da semana. Em outros termos, o profissional perde seus referenciais básicos do “para onde levar o paciente”, pois a plasticidade da oferta é extremamente acentuada nos hospitais públicos. Na terça-feira, por exemplo, pode haver neurologistas no hospital Y e, no dia seguinte, tal atendimento não estar disponível. Ou seja, a situação da articulação da rede pré-hospitalar e hospitalar no Rio de Janeiro é inquestionavelmente crítica.

Há alguns anos, os diretores e chefes de emergência dos hospitais públicos e representantes do Corpo de Bombeiros se reúnem mensalmente numa Câmara Técnica do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro (Cremerj), que vem funcionando como espaço de articulação importante entre os setores pré-hospitalar e emergências. Nestes encontros, eles pactuam a oferta de leitos, divulgam quando há equipamentos essenciais quebrados e quando há déficits críticos de profissionais. Com essas importantes reuniões, buscam uma auto-regulação autônoma e constantemente atualizada. O problema é que seus acordos não redundam em compromissos institucionais, nem vinculam responsabilidades às instâncias das secretarias, programas e hospitais.

Outro problema que agrava a crítica articulação entre esses dois setores de atendimento é a baixa disponibilidade de vagas nos hospitais, problema que não é só do Rio de Janeiro. Os hospitais (especialmente as emergências) encontram-se quase sempre operando acima da sua real capacidade. Na rede há problemas estruturais, históricos e quase insolúveis, tais como a grande demanda ambulatorial e de pessoas com doenças crônicas que recorrem aos serviços de urgência, além da insuficiência do número de pessoal. Tal situação foi pontuada em todas as capitais pelos gestores.

Estudos etnográficos vêm indicando que a população possui critérios próprios, de acordo com suas conveniências e interesses, para caracterizar o que é uma urgência. Esse julgamento não coincide com as premissas da biomedicina e a organização racional do sistema (Deslandes, 2002; Giglio-Jacquemot, 2005).

Variados problemas foram ainda apontados pelos gestores. As inúmeras chamadas aos serviços pré-hospitalares, por parte de pessoas com doenças crônicas, sem quadros graves que lançam mão deste recurso como alternativa às dificuldades que possuem para se locomover na cidade. Isso foi fortemente assinalado pelo gestor do serviço de Recife. A dificuldade para providenciar manutenção rápida das ambulâncias em serviço que se quebram foi mencionada pela gestora de Manaus. No Distrito Federal, segundo o gestor,

trotos correspondem por cerca de 60% das ligações feitas ao Samu. Este problema também é identificado em Curitiba, merecendo uma ação específica de conscientização.

Em síntese, a diretriz inicialmente vislumbrada pela PNRMAV revela promessas alvissareiras com a implantação do Samu. A situação de desarticulação entre as instâncias do pré-hospitalar móvel e a rede de referência continua a inspirar forte preocupação no Rio de Janeiro. A situação da falta de vagas nos serviços de emergência para atender plenamente a demanda dos acidentes e violências (e todas as demais de ordem clínica) parece configurar uma situação crônica no SUS, pelo menos ressaltada nas cinco capitais estudadas.

## PRÉ-HOSPITALAR FIXO: SUPORTE OPORTUNO, MAS SEM ESPECIALISTAS REQUERIDOS

As Unidades Não-Hospitalares de atendimento às urgências e emergências (Pronto-Socorro 24 horas) são consideradas estruturas de complexidade intermediária em relação às unidades básicas de saúde (UBS), às unidades de saúde da família e às Unidades Hospitalares. Sua função é prestar atendimento a pacientes com quadro clínico agudo ou a situações agravadas de doenças crônicas. Geralmente são habilitadas e funcionar 24 horas por dia com equipe apropriada (Brasil, 2004e).

Em termos normativos, sua missão é prestar atendimento, descentralizadamente, dar retaguarda às UBS e unidades de saúde da família, diminuir a sobrecarga dos hospitais, prover uma estabilização prévia do paciente em situação crítica oriundo do serviço pré-hospitalar móvel, desenvolver ações interdisciplinares, articular-se com hospitais e unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e outras instituições locais e regionais adequadas para os problemas enfrentados, integrando fluxos de referência e conta-referência.

Existe uma expectativa de que os Prontos-Socorros sejam ainda um “observatório do sistema e da saúde da população”, subsidiando estudos epidemiológicos e construção de indicadores para avaliação e planejamento da atenção integral às urgências (Brasil, 2004e).

Para que essas funções sejam devidamente desempenhadas, existe expectativa de que a infra-estrutura física desses serviços, seus equipamentos e materiais estejam adequados ao primeiro atendimento de forma resolutiva ou à estabilização dos quadros de urgência que, posteriormente, serão encaminhados a uma unidade de maior porte.

O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aprovado pela Portaria 2048 (Brasil, 2004d), preconiza uma série de condições e recursos considerados essenciais para a oferta de um atendimento de qualidade, em relação ao atendimento dos agravos provocados por violências e acidentes.

No que concerne aos recursos, essas unidades devem, por exemplo, conter no mínimo uma equipe de saúde na qual haja enfermeiro e médico nas 24 horas, para atendimento clínico e pediátrico. Nas regiões onde as causas externas são estatisticamente relevantes na configuração da morbimortalidade – como é o caso das cidades estudadas – as equipes devem ser acrescidas de médicos cirurgiões-gerais e ortopedistas, a critério dos gestores.

As Unidades não-hospitalares de atendimento a urgências e emergências devem contar obrigatoriamente com um coordenador ou gerente, médico clínico geral e pediatra, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais e administrativos, bioquímico, técnico e auxiliar de laboratório (quando houver laboratório na unidade). Outros profissionais poderão compor a equipe de acordo com a necessidade local e a critério do gestor: assistente social, odontólogo, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros. Todos os profissionais que atuam nos serviços específicos de urgência e emergência devem ser capacitados nos Núcleos de Educação em Urgências, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2004e).

A disponibilidade dos profissionais dos serviços de PS/24 horas das capitais estudadas pode ser visualizada na tabela 53.

Tabela 53 – Distribuição de categorias profissionais segundo número de serviços e de profissionais nas capitais – 2006

Categoria Profissional	Manaus		Recife		Distrito Federal		Rio de Janeiro		Curitiba	
	Núm. de serv. (n=5)	Núm. prof.	Núm. de serv. (n=4)	Núm. Prof.	Núm. de serv. (n= 3)	Núm. prof.	Núm. de serv. (n=1)	Núm. prof.	Núm. de serv. (n=5)	Núm. prof.
Pediatra	3 (*)	11	4	47	2	20	1	19	5	65
Clínico	4 (*)	19	4	57	2	27	1	20	5	341
Enfermeiro	5	37	5	32	1	23	1	12	5	34
Aux./Téc. Enf.	5	234	4	158	3	33	1	21	5	278
Cirurgião geral	3(*)	7	1	1	1	15	1	7	0	-
Ortopedista	0	--	1	12	1	10	1	13	0	--
Cirurgião ortopedista	0	--	0	--	1	75	0	--	0	--
Ginecologista	0	--	2	13	3	8	0	--	0	-
Radiologista	0	--	0	--	1	10	0	--	0	--
Técnico em radiologia	4	36	1	9	1	18	1	10	0	--
Odontólogo	4	63	2	16	2	2	0	-	5	30
Psicólogo	0	--	2	8	1	8	0	--	0	--
Ass. Social	4	8	4	8	3	10	0	--	1	1

(\*) Dos 5 serviços de Manaus, 1 não informou tais dados.

A equipe considerada mínima (clínico, pediatra, enfermeiro e auxiliares e técnicos de enfermagem) está garantida para quase a totalidade dos serviços. Chama-nos atenção, inclusive, o elevado número de clínicos na rede de Curitiba. Contudo, a importante presença de cirurgiões gerais, ortopedistas e cirurgiões ortopedistas, assim como o suporte de radiologista quase inexistente nas unidades das localidades estudadas, e o número de auxiliares de



radiologista é também modesto. A falta do apoio de assistentes sociais se mostra crítica em Curitiba e no Rio. A contribuição de psicólogos só se verifica em alguns serviços de Recife e em um do DF, nos demais é inexistente. A única surpresa favorável é a presença de odontólogos nas unidades de Curitiba e Recife. Entretanto, atinge uma expressividade surpreendente em Manaus.

Este quadro revela que a interdisciplinaridade do cuidado não é uma realidade nesse âmbito desse atendimento e que profissionais fundamentais para o cuidado de vítimas de acidentes e violências não estão presentes. Isso explica a considerável sobrecarga de trabalho para os profissionais dessas unidades.

Segundo a Portaria 2.048 (Brasil, 2004d), as unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências (PS-24 horas) devem possuir também uma área física que, minimamente, apresente: salas de recepção e espera, de triagem de risco e de arquivo de prontuário médico, consultórios médicos, sala para radiologia, laboratório de patologia clínica, sala para sutura, para curativos contaminados, para inaloterapia e medicação, sala de reanimação e estabilização, sala de urgência, sala de observação masculina, feminina e pediátrica (com posto de enfermagem, sanitários e chuveiros), farmácia, almoxarifado, expurgo, lavagem de material, central de material esterilizado, rouparia, necrotério, salas de gerência e administração, salas para descanso dos funcionários (com sanitários e chuveiros), vestiários para funcionários, copa e refeitório, depósito para material de limpeza, área de limpeza geral, local de acondicionamento do lixo e estacionamento.

Propusemos dois indicadores para análise da estrutura existente no atendimento nos PS-24 horas e a proporção dos serviços que possuem: (1) sala para sutura, sala para curativos contaminados e sala de inaloterapia e medicação; (2) farmácia, almoxarifado, sala de expurgo/lavagem de material, central de material esterilizado, rouparia e necrotério. Tomamos como ponto de corte a existência de pelo menos 2 dos 3 quesitos do indicador 1 e pelo menos 5 das 6 variáveis do indicador 2.

Os resultados podem ser vistos nas tabelas 54 e 55. Verificamos que a maioria dos serviços de PS-24 horas das cidades responde positivamente às variáveis que compõem os indicadores. Exceção é observada no DF, onde dois dos três serviços não dispõem de condições físicas básicas.

Tabela 54 – Distribuição das unidades (PS 24h) que possuem sala para sutura, curativos contaminados e inaloterapia/medicação nas capitais – 2006

	Manaus (n=5)		Recife (n=4)		DF (n=3)		Rio de Janeiro (n=1)		Curitiba (n=5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possui pelo menos 2 dos 3 itens	4	80	3	75	1	33,3	1	100	5	100
Não possui	1	20	1	25	2	66,7	-	-	-	-

Tabela 55 – Número absoluto e distribuição percentual das unidades (PS 24h) que possuem farmácia, almoxarifado, sala de expurgo/lavagem de material, central de material esterilizado, rouparia e necrotério nas diferentes cidades – 2006

	Manaus (n=5)		Recife (n=4)		DF (n=3)		Rio de Janeiro (n=1)		Curitiba (n=5)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possui pelo menos 5 dos 6 itens	4	80	3	75	1	33,3	1	100	5	100
Não possui	1	20	1	25	2	66,7	-	-	-	-

Considerando sua importância, a existência de “sala de reanimação e estabilização” (urgência) foi outro indicador que investigamos nestas capitais. E ressaltamos, positivamente, que a maioria dos serviços analisados, nas cinco cidades, possui tal estrutura.

O Regulamento dispõe ainda uma lista de equipamentos e medicamentos que devem necessariamente fazer parte de quaisquer Unidades 24 horas. Dada a importância inequívoca de equipamentos e medicamentos para um atendimento médico que envolva situações de urgência para avaliar a estrutura do atendimento prestado consideramos o seguinte indicador: “existência da maioria dos equipamentos e medicamentos preconizados pela Portaria 2048” (Brasil, 2004). Apenas os serviços do Distrito Federal não dispõem de material. Também três dos cinco serviços na cidade de Manaus estão deficientes.

Outro parâmetro de organização dos serviços estabelecido pela portaria 2048 é que tais Unidades contem com suporte ininterrupto de laboratórios de patologia clínica e radiologia e leitos de observação de 6 a 24 horas (Brasil, 2004d).

O indicador “proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou integração com outros serviços para suporte durante todo o horário de atendimento de laboratório de radiologia e patologia clínica” revela que Curitiba não possui nenhuma unidade que disponha de tais suportes. No Distrito Federal, eles estão disponíveis em apenas 33% das unidades, e em Recife, apenas em 20% delas. Manaus possui esses serviços em 80% das unidades e no Rio, eles existem na única unidade analisada.

Segundo preconiza a referida Portaria, estas Unidades 24 horas devem ainda estar articuladas aos serviços de referência de maior complexidade, sendo mediadas pela Central de Regulação, e garantir transporte para os casos mais graves (mesmo que por meio do serviço de pré-hospitalar móvel).

No que concerne ao transporte das vítimas, o assunto foi abordado pelo indicador “possui mecanismos próprios ou integração com a rede de serviços para a transferência e transporte de pacientes”. A totalidade dos serviços de Curitiba, Rio, Distrito Federal e Manaus tem tais mecanismos, sendo que em Recife, só 60% dos serviços o garantem.

A articulação das unidades fixas com outras unidades para que viabilizar o atendimento de maior complexidade é uma estratégia fundamental. Portanto, foi criado o indicador “proporção de unidades que possuem articulação com rede hospitalar através da central de regulação ou de rede pactuada do município”. O Distrito Federal possui 85,7% de seus serviços nesta condição e as demais cidades apresentam a totalidade com a devida articulação.

## AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

Os denominados ambulatórios especializados congregam, na prática, uma grande diversidade de serviços. Geralmente funcionam no interior da estrutura hospitalar e excepcionalmente em alguma unidade básica. Foram criados por iniciativa dos próprios profissionais da unidade, após observarem o perfil e a expansão dessa demanda em seus serviços. Alguns deles possuem atendimento especializado para as vítimas de violência e suas famílias, provendo, além dos cuidados médicos (de forma direta ou por acessar os recursos de outras unidades de saúde), o suporte psicológico e social. Essas iniciativas são fundamentais, pois elas ocupam um papel de articular tratamento e prevenção.

Identificamos um desses serviços em Manaus; quatro em Recife, cinco no Distrito Federal, sete no Rio de Janeiro e dois em Curitiba. As equipes que aí atuam oscilam entre um perfil médico (como é o caso de Manaus e do Distrito Federal) ou psicossocial (o de Recife) e modelos mistos com a presença de assistentes sociais, psicólogos e médicos (no Rio de Janeiro e em Curitiba).

## ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS AMBULATÓRIOS ESPECIALIZADOS

Observamos que duas unidades em Curitiba, duas em Recife e quatro no Rio de Janeiro não possuem mecanismos próprios ou integrados com outros serviços para transferência ou transporte de pacientes. Apesar disso, as de Curitiba e Recife estão integradas com outros serviços para este tipo de atendimento.

Na tabela 56, apresenta-se a distribuição das cidades quanto ao indicador que avalia a presença de mecanismos próprios ou integração com serviços para suporte ininterrupto para laboratório de patologia clínica e radiologia. Esse recurso se torna importante para apoio diagnóstico à elucidação de eventos, diante da suspeita de certos tipos de violência.

Tabela 56 – Distribuição dos ambulatórios especializados, segundo a presença de suporte para Radiologia e Patologia Clínica nas capitais – 2006

	Manaus (n=1)		Recife (n=4)		Distrito Federal (n=5)		Rio de Janeiro (n=7)		Curitiba (n=2)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Laboratório Radiologia										
Possui	1	100	2	50	3	60	4	57,1	1	50
Não possui	-	-	2	50	2	40	3	42,9	1	50
Patologia Clínica										
Possui	1	100	1	25	3	60	5	71,4	2	100
Não possui	-	-	3	75	2	40	2	28,6	-	-

Observamos que as unidades nessas capitais, em sua maioria, possuem mecanismos próprios ou integrados com outros serviços, visando à realização de exames de radiologia e de patologia clínica. A cidade de Recife apresenta metade dos serviços (50%) sem mecanismos próprios para suporte de radiologia e 75% (n=3) sem mecanismo próprio ou integração para patologia clínica.

## ATENÇÃO BÁSICA: FRACA ATUAÇÃO

No nível da atenção básica, apenas o Rio de Janeiro (com um serviço) e o Distrito Federal (com oito serviços) estão representados nos cuidados à violência e acidentes. Apesar de a atenção básica constituir a maior rede nas cidades, sua participação no atendimento às vítimas ou nas ações de prevenção destes eventos é mínima.

Analisamos sua estrutura de equipamentos básicos preconizados pela Portaria 2048: ou seja, a disponibilidade de ambulatório adulto e infantil, jogo de cânulas Guedel, sonda de aspiração, aspirador, oxigênio, material para punção venosa, material para sutura e para imobilização. Destacando a disponibilidade desses nove itens como indicador da estrutura desse nível de atendimento, constatamos que o serviço existente no Rio de Janeiro apresenta sete deles. E, no Distrito Federal, a distribuição é bem desigual entre as unidades (tabela 57).

Tabela 57 – Distribuição de unidades de Atenção Básica, segundo equipamentos disponíveis dentre os nove preconizados pela Portaria 2048. Distrito Federal e Rio de Janeiro – 2006

Número de equipamentos disponíveis	Distrito Federal (n=8)		Rio de Janeiro (n=1)	
	N	%	N	%
Possui 4 dos 9	1	12,5	-	-
Possui 5 dos 9	1	12,5	-	-
Possui 6 dos 9	3	37,5	-	-
Possui 7 dos 9	1	12,5	1	100,0
Possui 8 dos 9	1	12,5	-	-
Possui todos	1	12,5	-	-
Total	8	100,0	1	100,0

Finalizando, entendemos que o processo de institucionalização da Rede Pré-Hospitalar tem tido sucesso, embora com muitas deficiências. Há necessidade de maior e melhor articulação entre si, dos órgãos de atendimento móvel; desse último com o pré-hospitalar fixo. Principalmente, observamos uma quase ausência da rede de atenção básica no processo de atendimento. Nesse particular, falta sensibilização dos gestores e dos servidores e investimento em tecnologias e formação dos profissionais.