

## 8. Análise da implementação do atendimento hospitalar

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

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. 159-169. ISBN: 978-85-7541-541-2. Available from: doi: [10.7479/9788575415412](https://doi.org/10.7479/9788575415412). 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/).

## 8 | ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR

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

A atenção hospitalar às vítimas de acidentes e violências reúne, em um mesmo local, a estrutura física, a disponibilidade de insumos, o aporte tecnológico e os recursos humanos especializados para intervir nas situações de emergência. As emergências constituem a porta de entrada dos pacientes com lesões e traumas, e, a depender da gravidade dos eventos, a assistência demanda ações de diferentes serviços hospitalares, por tempo também variável, que pode se estender por longo período de internação do paciente, passando por vários setores do hospital.

A esfera hospitalar concentra as chamadas ações de alta complexidade e alto custo, e, concomitantemente, as maiores dificuldades, entraves e nós do Sistema Único de Saúde. A ausência ou insuficiência de investimento na esfera de atenção básica, especialmente nas regiões metropolitanas, resulta no inchamento da demanda nas emergências hospitalares, lotadas com pacientes cujas moléstias e agravos poderiam e deveriam ser acompanhados e tratados nos ambulatórios, em centros e postos de saúde ou nas unidades de saúde da família. Esta situação, que desafia a racionalidade do sistema, engloba questões culturais e estruturais do setor de saúde brasileiro.

A expansão da estratégia de saúde da família contribuiu de forma importante para o aumento da cobertura da atenção, especialmente nos municípios com menos de 500.000 habitantes, no interior e nos territórios até então desprovidos de serviços públicos. Contudo, nos grandes centros urbanos, nas regiões metropolitanas com e municípios acima de 500 mil habitantes, o Programa de Saúde da Família (PSF), por si só, não é capaz de organizar, qualificar e dar conta de resolver a demanda por assistência à saúde na esfera da atenção básica. Nessas regiões, a população continua a depender das emergências hospitalares para garantir o acesso aos serviços e à atenção à saúde.

Nas capitais estudadas, as emergências hospitalares recebem pacientes do próprio município e dos municípios vizinhos que poderiam ser mais bem atendidos na esfera da atenção básica, desde que bem estruturada, organizada, competente e resolutiva. A enorme

demanda não específica, portanto, prejudica o atendimento às situações caracterizadas como de emergências pelo sistema, sejam elas clínicas ou decorrentes de causas externas. Assim, em todas as localidades foi referida pelos entrevistados, a insuficiência de leitos de emergência e de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo).

Como descrito nos capítulos anteriores, a esfera estadual prevalece na gestão da atenção hospitalar às pessoas em situação de acidentes e violências, em Manaus, no Recife e no Distrito Federal. No Rio de Janeiro, há hospitais vinculados às três esferas públicas, e em Curitiba, predominam os hospitais privados conveniados ao SUS (tabela 58).

Tabela 58 – Distribuição dos hospitais que atendem pessoas em situação de acidentes e violências segundo a natureza do prestador nas capitais – 2006

Capital		Manaus	Recife	Distrito Federal	Rio de Janeiro	Curitiba
Natureza						
Governamental	Municipal	1	-	-	7	-
	Estadual	5	10	13	5	1
	Federal	1	-	2	4	1
Conveniados com o SUS		-	-	-	-	3
Total		7	10	15	16	5

Manaus centraliza os serviços de saúde de maior complexidade do Amazonas e constitui a referência para este tipo de atenção no estado. A rede hospitalar de atenção às vítimas de acidentes e violências é constituída por sete hospitais, sendo um municipal, cinco estaduais e um federal. No contexto geral dos serviços de saúde no município, os hospitais de atendimento em urgência e emergência foram avaliados positivamente pelos gestores entrevistados. Comparativamente aos níveis pré-hospitalar e de reabilitação, a atenção hospitalar apresenta melhor estrutura e organização, bem como maior adequação em relação às diretrizes da PNRMAV (Brasil, 2001a).

Os hospitais de atendimento às urgências e emergências na cidade constituem, efetivamente, referências para atenção à saúde da população em geral, sendo reconhecidos pela qualidade dos serviços oferecidos. São chamados de ‘hospitais-pronto-socorros’. Dois deles são exclusivos para o atendimento de adultos e três são hospitais infantis.

No entanto, os entraves enfrentados na atenção não-emergencial hospitalar da rede de saúde de Manaus resultam no aumento da demanda aos hospitais de emergência. A indisponibilidade de equipamentos para atendimentos de maior complexidade é freqüente e evidencia problemas estruturais, mais do que questões organizacionais. A sobrecarga de cirurgias nos hospitais de emergência, devido ao funcionamento precário dos hospitais gerais no município também constitui problema.

A estrutura precária dos serviços de saúde nos demais municípios do estado torna a rede situada na capital sobrecarregada pela atenção à saúde da população do estado do

Amazonas. Isso é particularmente intenso nos casos de urgência e emergência. Foi mencionada, pelos gestores, a inexistência de hospitais preparados para atender até mesmo a patologias simples nos municípios do interior. Embora disponham de profissionais qualificados, esses hospitais não têm condições físicas suficientes e equipamentos adequados para atuação. Em contrapartida, a estrutura física dos hospitais da capital está aquém da demanda que a eles se apresenta. Há perspectiva de redução dessas deficiências com a reforma do maior hospital de urgência da cidade, cujo espaço físico será ampliado e terá aumento de 11 leitos de UTI.

Para completar o quadro, a articulação com a rede hospitalar através da Central de Regulação (rede pactuada do município, ainda que não identificada oficialmente) foi referida positivamente em 100% das unidades, o que denota uma comunicação efetiva entre as unidades hospitalares, informação confirmada nas entrevistas. O mesmo, contudo, não é observado em serviços de outros níveis de atenção ou de interface com o setor saúde. Por isso, podemos afirmar que falta integração das ações desenvolvidas intra e intersetorialmente na atenção às vítimas de acidentes e violências em Manaus, pois apesar de identificada uma organização bem sucedida no nível de atendimento hospitalar, esta não é suficiente para responder a toda a demanda. Aspectos como a falta de uma rede (no sentido efetivo de rede com nós e interconexão) efetiva de serviços e a ausência de intersetorialidade comprometem a atenção neste nível e nos demais.

Em síntese, a esfera hospitalar é vista pelos gestores como a mais adequada à prestação de atenção às vítimas de acidentes e violências na cidade de Manaus. A melhora na qualidade da atenção hospitalar foi atribuída à mudança da administração hospitalar por meio de convênios entre a Secretaria Estadual de Saúde e cooperativas profissionais de médicos e enfermeiros, e a utilização de funcionários cooperativados nos hospitais estaduais.

Os convênios definem o número de profissionais e a carga horária para cada categoria, diária e por turno. Cabe à cooperativa administrar a distribuição dos profissionais de acordo com as unidades hospitalares e pré-hospitalares fixas (SPA). Por vezes, profissionais e gestores falam do atendimento pré-hospitalar fixo como se estivessem se referindo ao nível hospitalar propriamente dito.

Dentre as especificidades do município em relação à atenção à saúde de vítimas de acidentes e violências dois aspectos foram bastante mencionados pelos gestores. As peculiaridades regionais, como a exposição da população de ribeirinhos a acidentes como mordidas de jacarés, ferimentos com armas brancas, afogamentos, e, sobretudo, o difícil acesso aos serviços que só existem com qualidade e adequação na capital do Estado. Contribui para as dificuldades a fragilidade da municipalização em todo o Amazonas – um processo que está distante de se consolidar – o que mantém os serviços concentrados na esfera estadual. A falta de interlocução entre os setores – inclusive com os serviços federais que compõem a rede – denota a desarticulação, a falta concreta de intersetorialidade no atendimento, aspectos extremamente necessários à efetivação da PNRMAV (Brasil, 2001a).

Na cidade de Recife, foram investigados 10 hospitais, todos estaduais, dois deles oferecem mais de um serviço de atenção às vítimas de acidentes e violências. No Hospital da Restauração, foram avaliadas a emergência pediátrica, a emergência clínica e traumatológica e a unidade de queimados. No Hospital Agamenon Magalhães, foram analisados os serviços de emergência clínica e o Centro de Apoio às Mulheres Vítimas de Violência Wilma Lessa, totalizando 10 serviços e programas hospitalares. Dentre os aspectos analisados, sobressaem o déficit de leitos próprios de emergência e de UTI; a superlotação dos hospitais e das emergências, saturadas pelo atendimento a pacientes da região metropolitana com doenças e agravos que deveriam ser tratados na rede básica e nas policlínicas com serviços de pronto atendimento; o número insuficiente de profissionais para o oferecimento de uma atenção adequada e de qualidade; e a escassez de serviço de traumatologia-ortopedia, pois os existentes ficam centralizados em poucos hospitais.

O registro deficitário das informações sobre os atendimentos, a descontinuidade dos medicamentos, a precariedade da referência e contra-referência, e a ausência de ações de prevenção e de promoção da saúde na esfera hospitalar, também constituem características problemáticas relevantes, mas são comuns às demais capitais analisadas.

No Distrito Federal, 15 hospitais próprios compõem a rede de atenção às vítimas de acidentes e violências, sendo 13 de gestão estadual e dois vinculados ao governo federal. A maior dificuldade referida pelos gestores é a ausência de recursos destinados aos leitos de UTI e de UTI semi-intensivas, pois os existentes não suprem as necessidades da demanda. Na rede hospitalar 80% dos serviços estão articulados através da Central de Regulação ou por meio da Rede pactuada; e 80% dispõem de recursos tecnológicos essenciais ao atendimento. São eles os serviços de anestesiologia, cirurgia obstétrica, banco de sangue, eletrocardiograma, radiologia convencional, ultra-sonografia e análise clínica laboratorial, todos eles considerados adequados, mas insuficientes para a demanda assistida. Os profissionais entrevistados reconhecem que os serviços hospitalares correspondem a um nível de atendimento de qualidade mediana e insatisfatória, devendo ser ainda muito melhorado.

No Rio de Janeiro, dos 16 hospitais que compõem a rede de atenção às vítimas de acidentes e violências, sete pertencem à esfera municipal, cinco ao estado e quatro são federais. Essa rede se caracteriza pela presença de serviços de referência com alta qualificação técnica, mas desorganizada, fragmentada e desarticulada, possuindo serviços e recursos humanos qualificados, mas insuficientes para atender à demanda. Os profissionais assinalam também, como problemas, falhas na informação, falta de insumos e de equipamentos bem como existência de um serviço precário de manutenção de equipamentos.

Em Curitiba, dos cinco hospitais que atendem às vítimas de acidentes e violências, três são conveniados com o SUS, um é federal e um estadual. Todos estão articulados à central de regulação e a estrutura para atendimento é considerada adequada, mas insuficiente nos períodos em que ocorre o aumento inesperado da demanda. Há pontos de tensão e estran-

gulamento do sistema em determinados horários do dia e datas especiais, sobretudo quando o elevado consumo de álcool se associa a outras eventualidades, incrementando os índices de acidentes e violência.

Em Curitiba existe adequação da estrutura hospitalar e de recursos para atenção às vítimas, mas como no caso das outras capitais, foi igualmente referida a insuficiência deles para responder à demanda. Foi particularmente referida pelos gestores e profissionais, a carência de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo e sobrecarga das unidades de emergência em determinados períodos.

A “proporção de hospitais que possuem UTI” e a “proporção de hospitais com UTI adequada”<sup>11</sup> são indicadores de avaliação da qualidade da atenção hospitalar às vítimas de acidentes e violências.

Em Manaus e em Curitiba, 100% dos hospitais possuem UTI, no Recife, 80%, no Rio de Janeiro 87,5% e o Distrito Federal apresenta a menor proporção (60%).

Em relação à adequação das UTI (ou seja, em hospital com capacidade igual ou superior a 100 leitos, elas devem corresponder a 5 a 10% do total, ter atendimento 24 horas, área física própria e acesso facilitado. Também 5% do total de leitos pediátricos devem ser destinados à UTI), nenhuma das cidades apresenta resultado satisfatório. Recife alcança a proporção mais elevada, com 50% dos hospitais adequados aos requisitos exigidos. Em Manaus, no Rio de Janeiro e em Curitiba, 14%, 19% e 20% dos hospitais, respectivamente estão de acordo com as normas estabelecidas. No Distrito Federal, nenhum dos hospitais que atende vítimas de acidentes e violências possui UTI de acordo com os requisitos básicos, o que é negativamente surpreendente, diante da extensão da rede hospitalar da capital do país.

Como referido, os sete hospitais analisados em Manaus possuem Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) e quatro têm unidade de tratamento semi-intensivo (UTSI). Nos sete, a UTI oferece atendimento 24 horas e apresenta área física própria, com acesso facilitado. Cinco unidades possuem UTI tipo C (de alta complexidade), e dois UTI tipo B (de complexidade intermediária).

Em Recife, das dez unidades analisadas, oito possuem UTI e nove têm UTSI. Nos nove hospitais, as UTI e UTSI oferecem atendimento 24 horas e sua área física apresenta acesso facilitado. Oito hospitais possuem UTI tipo C (de alta complexidade), nove possuem UTI tipo B (de complexidade intermediária) e quatro têm UTI tipo A (menor complexidade).

No Distrito Federal, dos 15 hospitais analisados, nove possuem UTI e seis possuem unidade de tratamento semi-intensivo (UTSI). Nove deles têm atendimento 24 horas e 10 apresentam área física própria com acesso facilitado para UTI. Seis hospitais possuem UTI

<sup>11</sup> É obrigatória a existência de UTI em todo hospital secundário ou terciário com capacidade igual ou superior a 100 leitos. O número de leitos de UTI em cada hospital deve corresponder a entre 6% e 10% do total de leitos existentes no hospital, a depender do porte e complexidade deste. As UTI podem ser classificadas, de acordo com seu grau de complexidade, nas seguintes categorias (Brasil, 2004e): Categoria A – de grau de complexidade menor, que seguem os requisitos mínimos de funcionamento, constantes do Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Tratamento Intensivo; Categoria B – de complexidade intermediária, que atendem as necessidades de hospitais secundários; Categoria C – de alta complexidade, que atendem as necessidades de hospitais terciários.

de tipo B e seis, de tipo A. Não há UTI de tipo C (de alta complexidade) na rede hospitalar do SUS para atenção às vítimas de acidentes e violências no Distrito Federal, o que confirma o resultado de 0% para o indicador referente à adequação das UTI, mencionado acima.

No Rio de Janeiro, dos 16 hospitais analisados, 14 possuem UTI e 9 possuem UTSI. Nos primeiros 14, as UTI realizam atendimento 24 horas e apresentam área física própria. No entanto, apenas 13 têm acesso físico facilitado para a UTI. São 10 hospitais com UTI do tipo C; oito de tipo B e cinco de tipo A.

Em Curitiba, os cinco hospitais possuem Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e quatro têm unidade de tratamento semi-intensivo, atendendo 24 horas, em área física própria e com acesso facilitado para ambulância. São dois hospitais com UTI do tipo C (alta complexidade), dois com UTI do tipo B (complexidade intermediária) e há um com UTI do tipo A (menor complexidade).

Na tabela 59, apresenta-se o número de leitos nos hospitais da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências nas cidades estudadas, segundo algumas categorias. O total de leitos não corresponde ao somatório das categorias, pois estas não são excludentes. Como referido pelos gestores locais, há um déficit de leitos de emergência e de UTI. No Rio de Janeiro, seis hospitais não possuem leitos de UTI pediátrica, o número desses leitos no município se iguala ao encontrado no Distrito Federal, sendo que a população do Rio de Janeiro, sem contar com a região metropolitana, é quase o triplo da população do Distrito Federal. Em Curitiba, apenas um hospital oferece leitos de UTI de retaguarda.

Tabela 59 – Número de leitos nos hospitais que atendem pessoas em situação de acidentes e violências nas capitais – 2006

Leitos hospitalares	Manaus	Recife	Distrito Federal	Rio de Janeiro	Curitiba
Total	949	1.692	1.222	4.181	1.758
Urgência/ emergência	246	455	261	837	447
Adultos	645	1.591	731	1.877	933
Pediátricos	254	378	343	375	529
UTI de adulto	53	64	64	146	60
UTI pediátrica	25	34	73	73	109
UTI de retaguarda	5	67	21	33	10

Ainda em relação à estrutura, foi levantada a disponibilidade de recursos tecnológicos para a atenção hospitalar às vítimas de acidentes e violências nas capitais estudadas. De modo geral esses recursos existem nos hospitais da rede e em grande parte funcionam de forma adequada, no entanto raramente são suficientes para atender às necessidades da população assistida nesses serviços (tabela 60).

Em Manaus, nenhum dos hospitais investigados possui banco de tecidos nem intensificador de imagens. Chama atenção o fato de haver tomografia em cinco hospitais. Recursos como neurocirurgia, cirurgia cardiovascular, cirurgia pediátrica, frequentemente necessários no atendimento às vítimas de violências e acidentes existem apenas em quatro hospitais e nem sempre em condições adequadas.

Em Recife, os recursos tecnológicos para análise laboratorial, eletrocardiografia, radiologia convencional, endoscopia, ultra-sonografia, banco de sangue, anestesiologia, ecocardiografia e cirurgia cardiovascular estão presentes nos 10 serviços hospitalares analisados. Mas, apenas três unidades possuem banco de tecidos.

A princípio a rede hospitalar local deveria estar preparada para atender a todas as demandas decorrentes das situações de acidentes e violências. No entanto, em poucos serviços estes recursos foram considerados adequados e quase nenhum foi avaliado como suficiente. Apenas dois serviços de eletrocardiografia e dois de anestesiologia foram classificados como suficientes, os demais, na maioria das vezes não responderam a pergunta.

Também no Distrito Federal os hospitais dispõem dos recursos tecnológicos necessários à atenção hospitalar investigativa e resolutive, com um grau de adequação razoável, mas insuficiente para o atendimento da demanda. A angiografia é o único procedimento que não é realizado em nenhum dos 15 hospitais analisados. Em 11 hospitais há eletrocardiograma e banco de sangue, são avaliados como adequados em 10 e 7 serviços cada um e suficientes apenas em 4 hospitais. Nove hospitais possuem anestesiologia, em 6 o serviço é considerado adequado e suficiente em apenas em 2. Ecocardiografia, cirurgia pediátrica e cirurgia de traumatismo-ortopedia são realizadas em apenas seis hospitais e suficientes em 3, 2 e 1 serviço respectivamente. Cirurgia cardiovascular e neurocirúrgica estão disponíveis em apenas cinco hospitais, sendo 1/3 do que poderíamos considerar necessário. É importante assinalar que em menos da metade dos hospitais são oferecidas cirurgias traumato-ortopédicas.

No Rio de Janeiro, dos 16 hospitais analisados, apenas 9 realizam neurocirurgia, sendo que em apenas 3 deles o serviço é considerado suficiente. Destacamos que apenas um dos hospitais realiza cirurgia cardiovascular. Um hospital possui banco de tecidos, considerado adequado e suficiente.

Em Curitiba as instituições hospitalares possuem recursos tecnológicos para todos os procedimentos hospitalares investigados, e na maioria dos serviços estes procedimentos são realizados de forma adequada e suficiente.

As informações gerais sobre os recursos tecnológicos podem ser vistas na tabela 60.



Tabela 60 – Distribuição dos serviços hospitalares segundo a disponibilidade, adequação e suficiência, de recursos tecnológicos para realização de exames e procedimentos nas capitais – 2006

Cidade	Manaus			Recife			Distrito Federal			Rio de Janeiro			Curitiba		
	7 hospitais			10 serviços hosp.			15 hospitais			16 hospitais			5 hospitais		
Nº Serv. Analisados	Possui	Adeq.	Suf.	Possui	Adeq.	Suf.	Possui	Adeq.	Suf.	Possui	Adeq.	Suf.	Possui	Adeq.	Suf.
Recurso Tecnol. p/															
An. Clín. Lab.	7	6	4	10	2	-	14	11	5	16	13	8	5	4	4
Eletroc.	6	6	4	10	5	2	11	10	4	16	14	10	5	5	5
Radiologia	7	7	6	10	5	-	12	9	4	16	14	11	5	5	5
Endoscopia	5	5	3	10	6	-	7	7	2	13	10	6	5	5	4
Ultra-som	6	5	3	10	5	-	12	8	2	16	12	8	5	5	5
Banco de sangue	7	5	4	10	5	-	11	7	4	13	12	4	5	5	5
Banco de tecidos	-	-	-	3	-	-	1	1	1	1	1	1	2	2	2
Broncospia	4	3	1	9	3	-	5	4	1	6	6	5	5	4	4
Tomografia	5	2	2	9	3	-	3	2	2	12	8	5	5	4	4
Anestesiologia	7	5	5	10	3	2	9	6	2	15	13	14	5	4	4
T. Renal Subst.	3	2	2	1	-	-	2	2	2	9	8	8	4	2	2
Neurocirurgia	4	3	2	5	-	-	4	3	2	9	7	3	5	5	5
Ecocardiografia	4	2	1	10	2	-	6	4	3	10	7	4	5	5	5
Hemodiálise	1	1	1	9	2	-	3	3	1	3	3	3	3	2	2
Angiografia	2	1	1	10	2	-	-	-	-	3	3	2	3	2	2
Cirurg. Cardiov.	4	3	2	10	2	-	5	3	1	1	1	1	3	3	3
Cirurg. Obst.	1	1	1	6	2	-	10	8	4	8	6	7	3	3	3
Cirurg. Traum. Ortop.	6	5	5	9	1	-	6	2	1	13	11	6	5	5	5
Cirurg. Pediatr.	4	4	4	4	1	-	6	4	2	6	5	3	4	4	4
Intens. de imag.	-	-	-	9	3	-	2	2	1	5	5	5	4	4	4

Para avaliar a estrutura e apreender de forma conjunta a adequação e a suficiência dos recursos tecnológicos hospitalares elaboramos um indicador com a “proporção de hospitais que oferecem pelo menos dois de seis recursos tecnológicos mínimos e indispensáveis de forma adequada e suficiente”<sup>12</sup>. Curitiba apresenta o melhor resultado, pois 100% dos hospitais possuem recursos tecnológicos (mínimos e indispensáveis) adequados e suficientes, em seguida está Manaus com 85,7% e Rio de Janeiro com 66,7%. No Distrito Federal apenas 33,3% dos hospitais apresentam pelo menos dois dos seis itens tecnológicos indispensáveis e adequados e suficientes. Recife apresenta o pior resultado em relação aos recursos tecnológicos, uma vez que nenhum dos hospitais atende aos requisitos propostos no indicador.

Para avaliação da estrutura dos hospitais que atendem pessoas em situação de acidentes e violências, utilizamos como indicador a “proporção de hospitais de referência para o atendimento às vítimas de acidentes e violências com número mínimo de profissionais indispensáveis para seu funcionamento”<sup>13</sup>. Foi considerado, como exigência, possuir pelo menos 15 dos 23 profissionais considerados imprescindíveis para esse nível de atenção. Em Curitiba 100% dos hospitais atendem ao critério estabelecido. Em Manaus, 85,7%; em Recife e no Rio de Janeiro 50%; e em Brasília, apenas 36,4% dos hospitais analisados.

Construímos três indicadores de avaliação da organização da atenção às vítimas de acidentes e violências: 1) a proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para a realização de transferência e transporte de pacientes; 2) a proporção de unidades com mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para a realização de suporte ininterrupto para laboratório de radiologia e patologia clínica; 3) a proporção de hospitais que dispõem de protocolos/rotinas para atenção às vítimas de acidentes e violências acessíveis aos profissionais.

Além dos já citados, avaliamos os seguintes aspectos referentes à organização hospitalar para atenção às vítimas de acidentes e violências: 1) articulação com a rede hospitalar através da Central de Regulação ou com a Rede pactuada; 2) oferecimento de reabilitação, de suporte e acompanhamento às vítimas de violência, seus familiares, aos agentes da agressão, e aos profissionais que atendem às vítimas de violência.

Em todas as cinco capitais, a maioria dos serviços possui mecanismos próprios de articulação com outros serviços para realização de transporte e transferência de pacientes, para suporte ininterrupto de laboratório de radiologia e de patologia clínica, além de estar articulada à Central de regulação ou à rede pactuada pelo município. Quando não possuem mecanismos próprios para o cumprimento dessas ações, esses serviços se associam a outros. Em Manaus, apenas um hospital não possui mecanismo próprio para transferência e

<sup>12</sup> Os hospitais devem ter pelo menos 2 dos 6 itens para serem considerados adequados: Análise clínica/laboratorial, eletrocardiografia, radiologia convencional, endoscopia, ultra-sonografia, banco de sangue. Contudo, a unidade pode oferecer, por exemplo, eletrocardiografia de uma forma adequada, mas não necessariamente ela é, na avaliação dos gestores, suficiente dada a grande demanda de pacientes.

<sup>13</sup> Profissionais indispensáveis nos hospitais de referência: cirurgião geral, cirurgião cardiovascular, cirurgião pediátrico, pediatra, clínico geral, anestesiologista, cardiologista, angiologista, enfermeira, intensivista, responsável técnico, técnico/auxiliar de enfermagem, cirurgião vascular, cirurgião buco-maxilo-facial, neurocirurgião, neuropediatria, hematologista, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico.

transporte de pacientes. Em Recife, apenas um serviço não está articulado à central de regulação ou à rede pactuada no município.

No Distrito Federal, quatro hospitais não dispõem de mecanismos próprios para suporte ininterrupto de radiologia e seis para laboratório de patologia clínica. Além disso, há dois hospitais que não estão articulados à central de regulação. No Rio de Janeiro três hospitais não apresentam mecanismos próprios para transporte de pacientes, um não possui mecanismos próprios para suporte ininterrupto de radiologia e quatro não dispõem desses mecanismos para laboratório de patologia clínica. Além disso, quatro não estão articulados à rede pactuada do município. Em Curitiba, apenas um hospital não possui mecanismo próprio para suporte ininterrupto de radiologia e para isso se associa a outros.

Em resumo, os “indicadores de organização dos serviços” permitem comparar a situação das cinco capitais. Em Manaus, Recife, Distrito Federal e Curitiba, 100% dos hospitais possuem mecanismos próprios ou articulados com outros serviços para realização de transferência e transporte de pacientes. O Rio de Janeiro se diferencia com a proporção de 91,7%, pois um dos hospitais não possui mecanismo próprio nem está articulado com outros. Esses resultados se repetem para o indicador que avalia a proporção de unidades que possuem mecanismos próprios ou articulados para suporte ininterrupto de laboratório de radiologia e patologia clínica (100% em Manaus, Recife, Distrito Federal e Curitiba e 91,7% no Rio de Janeiro).

A informação a respeito da articulação com a central de regulação merece maior aprofundamento, pois em todas as cidades os gestores e profissionais entrevistados relataram dificuldade na interação entre os diferentes serviços e entre setores do mesmo hospital. No Rio de Janeiro não há uma central de regulação de leitos implantada. Durante algum tempo, funcionou uma estratégia informal entre as emergências hospitalares e o serviço pré-hospitalar móvel, baseada na comunicação por meio de rádio e coordenada por uma médica da Secretaria Municipal de Saúde.

Por outro lado, em todas as cinco capitais, a maioria dos hospitais dispõe de rotinas e protocolos para atenção às vítimas de acidentes e violências acessíveis aos profissionais, mas poucos deles costumam consultá-los.

A “proporção de unidades que possuem rotinas e protocolos de atendimento as vítimas de acidentes e violência acessíveis aos profissionais” é um indicador da qualidade da atenção hospitalar. Pois as normas para atendimento às vítimas de acidentes e violências orientam, racionalizam e reduzem custos dos serviços. O Rio de Janeiro apresentou o pior resultado para esse indicador, pois só 68,8% (N = 11) dos hospitais investigados na cidade disponibilizam essas rotinas e protocolos para os profissionais. Em Manaus, 83,3% (N = 5) possuem esses dispositivos; em Brasília, 86,7% (N = 13); e Recife obteve o melhor resultado, junto com Curitiba, pois 100% (N = 10) dos serviços hospitalares investigados nessas duas capitais disponibilizam rotinas e protocolos de atenção às vítimas de acidentes e violências para os profissionais.

Em relação à oferta de reabilitação, suporte e acompanhamento às vítimas de acidentes e violências, a seus familiares, aos agentes agressores e aos profissionais de saúde poucos

são os hospitais que promovem algum tipo de atividade. As escassas referências que encontramos, quando realizadas, são insuficientes. As mais freqüentes são o suporte e o acompanhamento das vítimas.

Tabela 61 – Distribuição dos serviços hospitalares segundo a oferta de reabilitação, de suporte e acompanhamento às vítimas de acidentes e violências, aos seus familiares, aos agentes da violência e aos profissionais nas capitais – 2006

Ações realizadas	Manaus (N = 7)	Recife (N = 10 )	Distrito Federal (N = 15)	Rio de Janeiro (N = 16)	Curitiba (N = 5)
Reabilitação	6	4	7	7	2
Suporte e acompanhamento às vítimas	6	10	11	12	4
Suporte e acomp. às famílias das vítimas	3	4	6	9	3
Suporte e acompanhamento aos praticantes de acidentes e violência	-	5	3	2	-
Suporte e acompanhamento às equipes que realizam o atendimento	4	5	4	2	3

Por fim, trabalhamos com um indicador fundamental para avaliação de resultados da atenção hospitalar às vítimas de acidentes e violências: a “taxa de mortalidade por causas externas nas emergências”. Infelizmente poucos serviços dispõem dessa informação de forma confiável. Os dados coletados são tão oscilantes (variam de 0,10% a 51% entre as localidades consideradas) que não podem ser considerados fidedignos. Reafirmamos, entretanto, que, dada a importância desse indicador, é fundamental que haja investimento na melhor qualificação dessa informação.

Em síntese, por mais que saibamos estar em curso uma transformação profunda acerca dos modos de realizar as ações de saúde nas sociedades ocidentais modernas ou pós-modernas, a esfera da atenção hospitalar ainda carrega a marca do que entendemos como essência da assistência à saúde. O hospital continua sendo para a população em geral e até mesmo para grande parte dos profissionais do setor, o local por excelência de realização das ações de saúde, mediadas pela figura do médico, que permanece como figura central. Assim, é em direção ao hospital e para a esfera da atenção hospitalar que confluem os problemas e agravos não resolvidos e não diagnosticados nos outros níveis de atenção.

O hospital, ao se tornar este ponto de confluência, se constitui também no espaço de visibilidade da saturação, do emperramento do sistema e da eclosão de situações dramáticas do setor saúde. Muitos problemas poderiam ser evitados caso houvesse uma rede integrada e articulada com profissionais de saúde prestando um atendimento que fosse ao mesmo tempo humanizado e resolutivo na sua esfera específica.