

ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

THE MOBILE EMERGENCY ATTENDANCE SYSTEM AS A PUBLIC HEALTH POLICY

ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA COMO POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD

Isabela Silva Cândia Velloso¹
Marília Alves²
Roseni Rosângela de Sena³

RESUMO

A implementação de estratégias de organização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil tem sido alvo de ações de diversos programas de governo, constituindo-se em políticas públicas de saúde. O desenvolvimento de políticas públicas de atendimento às urgências em um país de dimensões continentais como o Brasil é um projeto ousado e de grande envergadura para gestores e trabalhadores da saúde. Com este estudo, propõe-se compreender o papel do SAMU no contexto das políticas públicas de saúde em Belo Horizonte. O estudo de revisão da literatura foi desenvolvido com base na pesquisa de artigos publicados nos últimos dez anos. Para o SUS, o atendimento às urgências constitui um desafio a ser enfrentado mediante uma proposta de efetivação da ação integral, que envolve o sistema de saúde, seus trabalhadores e outros atores sociais envolvidos na assistência. Trata-se de uma política transectorial que se apóia nas centrais de regulação médica de urgência para tomar corpo e concretude. Apesar das iniciativas do governo federal, ainda se percebe um cenário desfavorável à sua consolidação como serviço de qualidade. A implantação do SAMU em Belo Horizonte teve como principal objetivo reduzir progressivamente o fluxo de usuários aos serviços de urgências com a adequada orientação e encaminhamento. Atualmente, o SAMU oferece à população três modalidades de atendimento pela central telefônica: orientações médicas dadas por um profissional da Secretaria Municipal de Saúde, encaminhamento para a procura de recurso por meio próprio e liberação de uma unidade móvel de resgate.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência; Políticas Públicas de Saúde; Socorro de Urgência; Assistência Pré-Hospitalar.

ABSTRACT

The implementation of organizational strategies for an emergency mobile attendance system in Brazil has been a public health policy target of several government programs. The development of emergency care public policies in such a large country as Brazil is quite ambitious for both health managers and workers. This study considers the role of SAMU within the context of the public health policies in Belo Horizonte. A literature review study was developed, including the search for articles published during the last ten years. For the SUS, in the emergency attendance there is a challenge to be faced which includes an integral health system action plan, its workers and several other social actors. It deals with the shaping and implementation of transectorial policies supporting central medical regulation of emergencies. In spite of the Federal Governments, the scene for the consolidation of quality services is not favorable yet. The objective of the implantation of SAMU in Belo Horizonte was to gradually reduce the flow of users of emergency services, with adequate orientation and guidance. Currently, SAMU offers the population three phone options: medical guidance provided by a City Health Department professional, guidance for the use of adequate private resources and the release of a mobile rescue unit.

Key words: Emergency Medical Services; Health Public Policy; Emergency Relief; Prehospital Care.

RESUMEN

La implementación de estrategias de organización del servicio de atención móvil de urgencias en Brasil ha sido objeto de acción de varios programas de gobierno, constituyéndose en política pública de salud. Para los gestores y trabajadores de la salud, el desarrollo de políticas públicas de atención a urgencias en un país con las dimensiones continentales de Brasil, es un proyecto ambicioso y de grandes proporciones. Este estudio propone comprender el papel del SAMU (Servicio de atención móvil de urgencia) en el contexto de las políticas públicas de salud de Belo Horizonte. Para ello, se llevó a cabo un estudio de revisión de literatura, con búsqueda de artículos publicados en los últimos diez años. Para el SUS (Sistema único de salud), la atención de urgencias se constituye en un desafío a ser encarado dentro de una propuesta de la puesta en marcha de la acción integral, que involucra el sistema de salud, sus trabajadores y otros actores sociales implicados en la asistencia. Se trata de una política que atraviesa varios sectores apoyándose en las centrales de regulación médica de urgencia para tomar cuerpo y forma concreta. A pesar de las iniciativas del gobierno federal, todavía se percibe una escena desfavorable a su consolidación como servicio de calidad. La implantación del SAMU en Belo Horizonte tuvo como principal objetivo reducir progresivamente el movimiento de usuarios a los servicios de urgencias con la adecuada orientación y derivación. Actualmente, el SAMU ofrece a la población tres modalidades de atención por la central telefónica: orientaciones médicas dadas por un profesional de la Secretaría Municipal de Salud, derivación para buscar recursos por medio propio y liberación de la unidad móvil de socorro.

Palabras clave: Servicios Médicos de Urgencia; Política Públicas de Salud; Socorro de Urgência; Atención Prehospitalaria

¹ Mestre e doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Professora dos cursos de graduação em Enfermagem do Centro Universitário UNA, em Belo Horizonte. E-mail: isacancio@gmail.com.

² Doutora em enfermagem. Professora e diretora da Escola de Enfermagem da UFMG. Líder do Grupo de pesquisa NUPAE. E-mail: marilix@enf.ufmg.br.

³ Doutora em enfermagem. Professora aposentada da Escola de Enfermagem da UFMG. E-mail: rosenisena@uol.com.br.

Endereço para correspondência: Isabela Silva Cândia Velloso. Rua Maria Heilbuth Surette, 338/301, Buritis, Belo Horizonte-MG. CEP: 30575-100.

INTRODUÇÃO

O crescimento acelerado e desordenado dos centros urbanos no Brasil interfere diretamente na qualidade de vida e na forma de deslocamento de sua população. Nesse sentido, em um sistema democrático, o município deve promover o acesso físico e social ao espaço público a todos os cidadãos.¹ Essa premissa abrange a oferta de transporte qualificado e em tempo hábil a cidadãos em situações específicas, como é o caso das urgências e emergências.

Nos últimos anos, pode-se observar a implementação de diversas estratégias de organização do sistema de atendimento móvel de urgência, bem como a reestruturação da assistência às urgências e emergências no nível da atenção secundária. Essas estratégias têm sido adotadas por diversos programas de governo nas três esferas de poder – federal, estadual e municipal – como políticas públicas de saúde.

Consolidar uma política pública de atendimento às urgências em um país de dimensões continentais como o Brasil é um desafio tanto para os gestores quanto para os profissionais. Nesse sentido, considera-se que o projeto do atendimento móvel de urgência é ousado e de grande envergadura para gestores e trabalhadores da saúde, pois o atendimento às urgências não se define como um trabalho de ações independentes e autolimitadas. Ao contrário, há direta relação entre as urgências atendidas e os demais níveis da assistência à saúde.

Ao se pensar a assistência em situações de urgências e emergências de forma humanizada, independentemente do nível em que ocorra, é necessário trabalhar com acolhimento de demanda mediante a avaliação de risco e garantia de acesso aos demais níveis de assistência. Torna-se relevante, ainda, que se garanta a referência e a contra-referência, a resolução do problema que originou a busca por serviço de urgência e emergência, provendo acesso ao hospital e transferência segura, de acordo com a necessidade dos usuários. Entretanto, é fator diferencial para a assistência o respeito à individualidade do sujeito.²

Considerado uma das portas de acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) assume novo papel no cenário das políticas públicas de saúde em urgência no País uma vez que se projeta sobre ele um novo e mais amplo olhar. Assim, repensadas as possibilidades de atuação das equipes responsáveis pelo transporte de pacientes, percebe-se que sua importância deve ser ampliada para além da manutenção da vida dos pacientes atendidos se preocupando, também, com a prevenção de agravos. Essa nova perspectiva se insere em um modelo de atenção que propõe a promoção da saúde e a prevenção de doenças, com minimização de agravos permanentes, que tem como propósito reestruturar o modelo tecnoassistencial em saúde no País. O fato de ser um serviço relativamente novo, mas que possui um arcabouço legal com normas para implantação em todo o País, torna-se essencial discutir o papel do SAMU como política pública, neste estudo, no município de Belo Horizonte.

Nesse sentido, propõe-se conhecer o papel do SAMU no contexto das políticas públicas de saúde em Belo Horizonte, por meio da literatura científica dos últimos dez anos. Para isso, desenvolveu-se um estudo de revisão de literatura com base em artigos publicados no Brasil entre 1998 e 2008 no site da Bireme, utilizando os seguintes bancos de dados: Lilacs, Medline, Biblioteca Cochrane, e Scielo. Para essa busca, foram utilizados os descritores: serviços médicos de emergência, assistência pré-hospitalar e políticas públicas de saúde.

Utilizando o descritor serviço médico de emergência, foram encontrados 17.941 artigos, dos quais 265 eram textos em português e 91 estavam completos na internet. Após leitura dos resumos, apenas 17 tinham relação com o objetivo do estudo. O descritor *políticas de saúde* tinha o maior número de artigos: 11.011, dos quais 3.568 eram textos em português e somente 132 estavam completos na internet, mas após leitura dos resumos apenas 6 diziam a respeito às políticas públicas e urgências. Em relação à *assistência pré-hospitalar*, foram encontrados 3.951 artigos, dos quais 82 em português e apenas 33 completos na internet, e, após leitura dos resumos, apenas 3 tinham relação com o tema pesquisado. Assim, chegamos a um total de 26 artigos que tinham relação com o tema abordado e, após leitura exaustiva dos artigos, apenas 10 eram adequados ao tema proposto. Em relação ao tema *assistência pré-hospitalar*, encontrou-se grande número de publicações que se referiam apenas a técnicas e procedimentos, os quais foram excluídos da amostra. Foram utilizados, também, documentos do Ministério da Saúde que normatizam os serviços de urgência no território nacional, principalmente as portarias que regulamentam os serviços de urgência no País e documentos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, por se tratar de uma análise local.

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

As políticas públicas são conjuntos de disposições, medidas e procedimentos com a finalidade de orientar a política do Estado e regular as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Podem ser entendidas como todas as ações de governo, atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado ou atividades de regulação de outros agentes econômicos. No campo da saúde, essas políticas integram o campo das ações sociais, vislumbrando a melhoria das condições de saúde da população. Quanto às outras políticas públicas da área social, sua tarefa específica consiste na organização das funções públicas governamentais para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade. Para que as políticas públicas se materializem, é imprescindível a ação concreta dos sujeitos sociais e das instituições que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Assim, deve ser permanente o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas, bem como a avaliação de seu impacto sobre a situação existente.³

A assistência à saúde no Brasil, até 1930, era tratada pela Diretoria Geral de Saúde Pública, órgão do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, e as ações eram direcionadas para o saneamento e o combate às endemias. Nesse ano, com a criação do Ministério da Educação e Saúde, o enfoque ao caráter coletivo das ações perdeu força e deslocou-se para a assistência médica individual. Em 1948, foi formulado o plano Saúde, Alimentação, Transporte e Energia (Salte) e, sob influência desse plano, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS). Nessa época, a assistência médica se desenvolvia no âmbito das instituições previdenciárias, como um instrumento para amenizar as tensões sociais e controlar a força de trabalho.⁴

Em 1988, foram estabelecidas pela recém-aprovada Constituição Federal as bases para a edição da Lei nº 8.080/90, posteriormente complementada pela Lei nº 8.142/90, constituindo a “Lei Orgânica da Saúde” (LOS), que passaram a orientar as políticas públicas de saúde no Brasil. A aprovação da nova legislação ocasionou, a partir da década de 1990, uma disputa entre dois modelos assistenciais: o hegemônico médico-centrado e o SUS.^{5,6}

Após a promulgação da Constituição, as políticas de saúde no Brasil passaram a ser formuladas no contexto de uma expressiva reforma setorial, marcada por mudanças institucionais de grande magnitude e a presença de novos espaços de interlocução permanente entre Estado e sociedade na gestão pública. Com as mudanças introduzidas com base no texto constitucional e na LOS, a formulação das políticas públicas em saúde assumiu nova dimensão com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório, o que impôs modificações significativas em seu desenho. A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e com a participação da sociedade organizada sinaliza mudanças importantes nas relações de responsabilidades entre o Estado e a sociedade e entre os distintos níveis de governo, nacional, estadual e municipal.³

As Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90 delegaram aos gestores das três esferas de poder, federal, estadual e municipal, e aos respectivos Conselhos de Saúde a definição de medidas e estratégias necessárias à sua implantação, desde que sejam resguardadas as diretrizes de universalidade, equidade e integralidade da assistência. Como princípios organizacionais do SUS, foram estabelecidas a regionalização, a hierarquização, a resolutividade dos problemas de saúde da população em cada nível de assistência, a descentralização da gestão, a participação dos cidadãos por meio de suas entidades representativas e a complementaridade da assistência pública à saúde pelo setor privado quando necessário.^{5,6}

A implantação do SUS se deu com base nas Normas Operacionais Básicas (NOB), na década de 1990, que passaram a exercer forte papel como indutoras do processo de descentralização da gestão da saúde e centralização decisória do financiamento do sistema. A NOB/91 estimulou a estruturação de sistemas

municipais isolados e a descentralização das atribuições do nível estadual no processo de estruturação do SUS. A NOB/93 resultou em um instrumento fundamental para o processo de descentralização e municipalização da saúde. Possibilitou que os municípios se tornassem gestores, de fato, do SUS, prevendo quatro formas de gestão: incipiente, parcial, semiplena e plena. A NOB nº 93 incentivou a criação das Comissões Intergestoras para atuar na operacionalização do SUS e auxiliar no enfrentamento dos problemas na implantação da NOB. A NOB/96 consolidou o pleno exercício do poder público municipal, definindo as atribuições de cada nível de gestão e as duas formas de gestão: plena da atenção básica e plena do sistema municipal.⁷

A NOB/96 determinou a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI) das ações de saúde entre os três níveis de governo, um dos grandes avanços para o setor saúde. A PPI deve respeitar a autonomia de cada gestor. Constitui um instrumento essencial de reorganização do modelo de gestão e atenção do SUS, uma vez que envolve atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, vigilância sanitária e epidemiológica e controle de doenças, bem como a alocação dos recursos e de explicitação do pacto estabelecido entre as três esferas. Com base nessa pactuação, definiram-se as responsabilidades dos municípios com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde no próprio município ou, se necessário, a outros municípios, sempre mediadas por relações entre gestores municipais, por intermédio da gestão estadual.³

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

A revisão da literatura permite verificar que a maioria dos municípios de pequeno porte tem optado pela criação de condições de locomoção de seus cidadãos para municípios maiores, com o restrito desenvolvimento de unidades resolutivas no âmbito local.⁸ Para o SUS, o atendimento às urgências constitui um expressivo desafio a ser enfrentado mediante uma proposta de efetivação da ação integral, que envolve o próprio sistema de saúde, seus trabalhadores e outros atores sociais envolvidos na assistência. Trata-se de uma política transectorial que se apóia nas centrais de regulação médica de urgência para tomar corpo e concretude.

Considerando a necessidade de desenvolvimento da capacidade de atendimento de urgência no Brasil, a Portaria GM/MS nº 2.923, de 1998, determina investimentos nas áreas de assistência pré-hospitalar móvel, assistência hospitalar, centrais de regulação de urgências e capacitação de recursos humanos. Em 1999, foi publicada a Portaria GM/MS nº 479, que estabeleceu os pré-requisitos para o cadastramento de hospitais que, após habilitação, passariam a receber um valor sobre as internações realizadas dentro de uma lista predeterminada de procedimentos de urgência. Nesse período, também foram destinados recursos do projeto Reforço à Reorganização do SUS (Reforsus) para a reforma, a compra de equipamentos e a modernização gerencial de hospitais que atendessem urgência.⁷

A área do atendimento às urgências e emergências constitui-se numa importante estação da rede de serviços de saúde, como possibilidade de entrada no sistema, tendo em vista que a qualidade da assistência prestada nesse momento é fator decisivo para possibilitar futuras intervenções e minimizar possíveis seqüelas. Assim, é necessária a organização desse atendimento através de acolhimento com classificação de risco para que se possa realizar uma primeira atenção qualificada para pequenas e médias urgências, bem como estabilização e referência adequadas dos pacientes graves, por meio do acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médicas de Urgência. Nesse contexto, torna-se importante considerar as distâncias entre municípios de pequeno e médio porte e seus respectivos municípios de referência para atenção hospitalar especializada e de alta complexidade. Essa situação justifica a implantação de serviços intermediários em complexidade para atenderem a reanimação e estabilização de pacientes graves e cuidados imediatos e resolutivos para pacientes agudos não graves.¹⁰

Os casos de acidentes e violências representam um impacto sobre o SUS e a sociedade como um todo, o que pode ser mensurado a partir do aumento dos gastos com internação hospitalar, assistência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e alta taxa de permanência hospitalar desse perfil de paciente.⁹ Dentre os prejuízos sociais, constata-se o aumento de 30% no índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) em relação aos acidentes e violências, ao passo que por causas naturais, esse dado encontra-se em queda.⁹ Em 2002 foi aprovado o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, que estabelece a Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar (APH), atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar. Além disso, propõe a criação de Núcleos de Educação em Urgências e a proposta de grades curriculares que favoreçam a capacitação de recursos humanos na área.¹⁰

Em 2003 foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências¹¹ considerando a necessidade de garantir a referência aos usuários do sistema de saúde, independentemente do nível em que ocorreu o primeiro atendimento e a necessidade de estruturar uma rede de cuidados integrais de urgência regionalizada, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente nos prontos-socorros. Dentre os princípios dessa Política, ressalta-se a garantia de universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências, consubstanciar as diretrizes de regionalização, qualificar a assistência e desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde e saúde capazes de prevenir agravos. Além disso, fomentar coordenar e executar projetos estratégicos de atenção à saúde das coletividades e promover a capacitação continuada das equipes de saúde na Atenção às Urgências.¹¹

O componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências foi instituído em 2003, por meio da Portaria GM/MS nº 1.864, com a implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

e seus Núcleos de Educação em Urgência¹¹. A referida Portaria propõe parâmetros de estruturação desses serviços, disponibilização de um veículo de suporte básico à vida para cada 100 a 150 mil habitantes e um veículo de suporte avançado à vida para cada 400 a 450 mil habitantes. As despesas de custeio com a implantação e a estruturação da área física das Centrais do SAMU devem ser de responsabilidade compartilhada entre a União, estados e municípios. Os demais recursos necessários para o custeio das equipes deverá ser coberto pelos Estados e Municípios de acordo com a pactuação estabelecida na Comissão Intergestores Bipartite.¹¹

O Ministério da Saúde tem como premissa que a atenção às urgências no país deve fluir em todos os níveis do SUS, participando na organização desde as Equipes de Saúde da Família na atenção básica até a assistência pós-hospitalar, recuperação e reabilitação. Nesse contexto, o SAMU, com suas Unidades de Suporte Avançado e Suporte Básico de Vida deveriam responder às necessidades da população, oferecendo resposta aos pedidos de auxílio por meio de centrais de regulação médica. Nessa estrutura, o médico regulador tem como função orientar ou deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e os equipamentos de uma UTI, estando à liberação de cada recurso vinculada à necessidade de cada paciente.¹²

Atualmente, as ações do SAMU no Brasil são acompanhadas pelo Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, o qual tem como função assessorar gestores e instituições diretamente envolvidas na estruturação e na organização da atenção às urgências no País. Estão representados no órgão os Ministérios da Saúde, da Defesa, dos Transportes, das Cidades e da Justiça e membros de entidades e órgãos ligados à saúde e à Segurança Pública, como a Defesa Civil, o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária Federal.¹³

ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NO BRASIL

Até a década de 1980, não havia, no Brasil, APH vinculado à rede de serviços de saúde, ficando esse atendimento a cargo do Corpo de Bombeiros, o qual ainda não se desvinculou completamente dessa função.¹⁴

No Corpo de Bombeiros, a consciência da necessidade de um serviço de atendimento pré-hospitalar surgiu com base na vivência cotidiana dos integrantes do Serviço de Salvamento, que tinha como atribuição específica remover vítimas dos locais de acidente onde estavam presas ou com o acesso dificultado. Entretanto, o que se constatava era que, em várias situações, essa remoção se prolongava por longo período, estando a vítima necessitada de cuidados sem que houvesse a presença de um médico ou da equipe de saúde no local. Mesmo após a remoção das vítimas, as ambulâncias costumavam demorar e às viaturas do corpo de bombeiros, sem condições de acomodação para o transporte a um hospital, restava aguardar ou efetuar um transporte de maneira precária.¹⁵

Em 1986, a Polícia Militar de São Paulo, em integração com os "Companheiros das Américas", associação de intercâmbio entre os Estados Unidos e Brasil, enviou à cidade de Chicago, EUA, um grupo de quatro oficiais dos Bombeiros e um da Defesa Civil, para um Curso de Técnicos em Emergências Médicas. Ao retornarem, os oficiais propuseram a reformulação dos conceitos e da instrução de primeiros socorros ministrada ao seu efetivo, bem como a criação de um serviço com viaturas, equipamentos e pessoal específicos para o atendimento e transporte das vítimas de acidentes no Corpo de Bombeiros. Em 1987, foi criada a Comissão de Atendimento Médico às Emergências do Estado de São Paulo (CAMEESP), que apresentou proposta para a criação do Projeto Resgate, um projeto piloto de atendimento pré-hospitalar.¹⁵

Ressalte-se que o atendimento pré-hospitalar às urgências, nos últimos anos, tem sido uma preocupação constante dos formuladores de políticas públicas e gestores. Nesse sentido, o País conta, hoje, com importante arcabouço legal que orienta a implantação de serviços e formação de recursos humanos, visando preencher uma lacuna existente entre a atenção básica e os serviços hospitalares de alta complexidade para o atendimento de urgência e emergência. O serviço do Corpo de Bombeiros ainda existe em alguns municípios, mas, aos poucos, vem cedendo lugar ao SAMU, com uma orientação específica e quadro formado por profissionais de saúde, principalmente para o atendimento em grandes centros urbanos.

Atualmente, em nível nacional, a rede assistencial do SAMU conta com 146 serviços de atendimento móvel de urgência no Brasil, prestando atendimento a 1.269 municípios, o que corresponde a 101.794.573 milhões de pessoas. Entre as capitais brasileiras, o SAMU está presente em Aracaju, Belém, Belo Horizonte, Brasília, Campo Grande, Cuiabá, Curitiba, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, João Pessoa, Maceió, Manaus, Macapá, Natal, Palmas, Porto Alegre, Porto Velho, Recife, Rio Branco, Rio de Janeiro, Salvador, São Luís, São Paulo, Teresina e Vitória. Contudo, o MS ainda possui como meta implantar, por meio da Política Nacional de Atenção às Urgências e respeitando as competências de cada uma das três esferas de gestão (governos federal, estaduais e municipais), o serviço em todos os municípios brasileiros.¹³

No entanto, apesar de os serviços de urgência serem alvo de várias iniciativas do governo federal, ainda percebe-se sua inserção em um cenário desfavorável à sua consolidação como serviço de qualidade. O que se tem observado é um baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde da população, com um modelo assistencial centrado na oferta de serviços, independentemente das necessidades dos cidadãos. Há limitações para o atendimento de casos agudos de menor complexidade na atenção básica e o acesso ao sistema para os casos agudos de média complexidade são insuficientes. Soma-se a isso a má utilização dos equipamentos de saúde da alta

complexidade e a insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de UTI e retaguarda para as urgências.⁷

O SAMU NO MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE

Inaugurada em 1897, com a missão de alojar a nova capital mineira, Belo Horizonte foi projetada para abrigar 200 mil moradores, e hoje tem cerca de 2,3 milhões. Graças à sua localização estratégica em relação aos principais centros do País e da América Latina, tem se transformado em um importante pólo nacional de turismo de eventos e outras atrações. Sob a ótica da gestão, está subdividida em nove áreas administrativas regionais e 81 unidades de planejamento. Entre 1991 e 2000, evidenciou-se claro processo migratório negativo, expresso por um crescimento de 1,1% por ano, acompanhando a tendência de outras capitais do País, que apresentam taxa de 1,2% por ano.¹

A capital mineira é, reconhecidamente, uma das pioneiras na implantação do Serviço de Resgate do Corpo de Bombeiros. Inicialmente, o atendimento pré-hospitalar era direcionado ao trauma e aos acidentes com necessidade de deslocamento para o socorro. Com o crescimento da demanda pelo serviço atenção pré-hospitalar, o atendimento a urgências clínicas foi se fazendo cada vez mais freqüente e representava mais de 15% dos casos atendidos em 2000. Para o município de Belo Horizonte, a implantação é um marco definidor de políticas de atenção às urgências, ao qualificar a ação do sistema de saúde, antecipando-se à atenção hospitalar. Entende-se, ainda, que passa a introduzir o conceito de regulação para a população, bem como sua possibilidade concreta de ser atendida e ouvida em suas queixas agudas antes de se deslocar até uma das unidades de saúde, o que lhe confere proteção em tempo integral.¹⁵

A criação do Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar/Resgate de Belo Horizonte data de outubro de 1994, em virtude de um convênio assinado entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Corpo de Bombeiros. Com o apoio do MS, foram adquiridas sete ambulâncias especiais e equipamento de resgate. Em 1995, a equipe médica da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) passou a compor o sistema, realizando triagem de casos das ligações telefônicas ao número 193, monitorando a ação dos socorristas e regulando a transferência de casos aos hospitais. Em 1996, a Unidade de Suporte Avançado (USA), equipada com Unidade de Tratamento Intensivo, dirigida por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e socorrista, passou a fazer parte do sistema. A partir de 2001, o Sistema de Atenção Pré-Hospitalar/Resgate passou por um processo informatização, com subsequente ampliação de sua atuação por meio da Regulação Metropolitana.¹⁵

Essa implantação teve como objetivos atender antecipadamente a situações de emergência no local da ocorrência, reduzir progressivamente o fluxo de usuários às unidades de urgências com adequada orientação e

encaminhamento, manter um sistema articulado para atender às chamadas excepcionais, como catástrofes, e dar suporte técnico às próprias unidades básicas em situações críticas.¹⁶

Em 2003, foi inaugurado pela prefeitura um serviço de atendimento pré-hospitalar reestruturado, com acesso telefônico gratuito pelo número 192. O SAMU foi estruturado para fornecer orientações por um profissional médico por meio da Central de Regulação. Passou a disponibilizar três tipos de veículos para transporte de paciente: Unidade de Suporte Avançado (USA), Unidade de Suporte Básico (USB), ambulância para remoção simples ou transporte sanitário. O processo de implantação do SAMU obedeceu às determinações do MS.¹⁷ Atualmente, o SAMU oferece à população três modalidades de atendimento pela central telefônica: orientações médicas dadas por um profissional da Secretaria Municipal de Saúde, encaminhamento para a procura de recurso por meio próprio ou liberação de uma unidade móvel de resgate.

CONSIDERAÇÕES

O surgimento e o crescimento do atendimento pré-hospitalar se deu diante da necessidade de minimização de óbitos e seqüelas decorrentes do atendimento inadequado, ou até mesmo do não-atendimento fora do ambiente hospitalar. Desde sua implantação no Brasil, na década de 1980, vem se consolidando como política pública de saúde. Certamente, a instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências pode ser considerada um marco na história das políticas públicas de saúde no Brasil. Ressalte-se, ainda, que essa política se desenvolveu em sincronia com as diretrizes gerais do modelo

assistencial brasileiro, inserindo-se no contexto das políticas públicas de saúde, o que demonstra a proposta do SUS de abranger, em sua estrutura organizacional, os diversos níveis de atendimento à saúde.

O atendimento da chamada telefônica gratuita é uma forma de democratizar o acesso da população ao SAMU e a outros níveis do sistema. Além disso, pode ser entendido como uma estratégia de otimização dos recursos disponíveis, uma vez que a equipe deslocada é dimensionada, quantitativa e qualitativamente, na proporção correspondente à necessidade prevista para a ocorrência a ser atendida.

Belo Horizonte foi uma das capitais pioneiras na implantação do SAMU. Essa opção mostra-se acertada quando se analisa seu crescimento e sua abrangência. Após um ano de sua implantação, contabilizavam-se cerca de 500 atendimentos mensais, época em que foi criada a Unidade de Suporte Avançado. Os esforços para que o SAMU se consolide cada vez mais como política de saúde têm sido manifestados, principalmente, nos resultados obtidos, tanto pelos gestores do sistema de saúde municipal como pelos trabalhadores.

Entretanto, é fundamental que esse crescimento se consolide estruturado em pilares sólidos, capazes de garantir à população o atendimento de suas necessidades, bem como corresponder às suas expectativas em relação à qualidade da assistência. Assim, é importante que a trajetória dos serviços de atendimento pré-hospitalar seja acompanhada por estudos que permitam compreender seu real papel social como política de saúde e direcionar a organização e a reorganização das ações por meio de um quadro de profissionais qualificados.

REFERÊNCIAS

1. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2005-2008. Belo Horizonte: Gerência de Planejamento e Desenvolvimento; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Lucchesi PTR. Políticas públicas em Saúde Pública. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS; 2002.
4. Paulus Júnior A, Cordoni Júnior L. Políticas públicas de saúde no Brasil. Rev Espaço para a Saúde. 2006; 8(1):13-9.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080 de 19/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília; 20 set. 1990.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.142 de 28/12/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário oficial da União, Brasília, DF, 28 dez. 1990.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Regulação Médica das Urgências. Brasília: Editora MS; 2006.
8. Santos JSS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. Medicina, Ribeirão Preto, 2003; 36:498-515.
9. Mello JMHP, Koizumi MS. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. Rev Bras Epidemiol. 2004; 7:228-38.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Portaria GM/MS Nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Portaria GM/MS Nº 1863, de 29 de setembro de 2003, Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Nacional SAMU 192. [Citado em 2007 jun. 01]. Disponível em: <http://www.portalsaude.gov.br/samu>.
13. Gebelein NM, Desgualdo CM, Zucchi P. Utilização e resolubilidade de sistema de atendimento pré-hospitalar. RAS. 2006; 8:1008-114.

14. Minas Gerais. Corpo de Bombeiros. [Citado em 2007 maio 16]. Disponível em <http://www.bombeirosemergencia.com.br>.
15. Belo Horizonte. Prefeitura Municipal. Resgate: SAMU 192. [Citado em 2007 jun. 16]. Disponível em: www.pbh.gov.br/smsa.
16. Magalhães Júnior HM. SAMU 192: um novo tempo de atenção às urgências. Revista Saúde Digital. Fev. 2004. [Citado em 2007 jun. 19]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/saudedigital>.
17. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Acessória de Comunicação. Belo Horizonte recebe 25 novas ambulâncias do SAMU. Revista Saúde Digital. Jul. 2004. [Citado em 2007 jun.19]. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/saudedigital>.

Data de submissão: 2/6/2008

Data de aprovação: 5/12/2008