



A PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIAS NA CIDADE DE UBERLÂNDIA: ALGUMAS REFLEXÕES

Alessandra Ferreira Mendes Jitcovski
Centro universitário do Cerrado Patrocínio
alessndrafm@hotmail.com

Alexandre Regis da Silva Lopes
Centro universitário do Cerrado Patrocínio

INTRODUÇÃO

Este survey descritivo tem como objetivo viabilizar o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), sua Central de Regulação em Urgência (Central SAMU-192) e seu Núcleo de Educação em Urgência - NEU, na cidade de Uberlândia-MG, através do financiamento pelo Ministério da Saúde, para que, haja uma redução no índice de morbimortalidade relativo às urgências, inclusive as relacionadas ao trauma e à violência. Palavras Chaves: Pré - hospitalar, implantação, urgência e emergências. Introdução: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), é a forma pela qual o Ministério da Saúde implementará a assistência pré-hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O atendimento pré-hospitalar pode ser definido como uma assistência prestada, em primeiro nível de atenção, aos portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do âmbito hospitalar, podendo acarretar sofrimento, seqüelas ou mesmo a morte. Neste contexto o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), tem um forte potencial ordenador da assistência, como forma de responder todas as demandas de urgências, sejam ela no domicílio, no local de trabalho, nas vias públicas ou onde o paciente necessitar de atendimento de urgência e emergência. Através da Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), se estabelece uma porta aberta de comunicação, entre o público e o sistema de saúde, que tem o seu pedido de socorro acolhido, priorizado e atendido no menor intervalo de tempo possível, no local mais adequado com resolução de seu problema de saúde. A comunidade tem acesso a uma escuta médica permanente, sendo que, muitas vezes, a decisão pode ser uma orientação médica qualificada.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com sua Central de Regulação, funciona como um observador, privilegiado do sistema de saúde, por meio do qual, podem identificar precocemente as principais causas de morbimortalidade e, as necessidades sociais em saúde não atendidas, de uma determinada comunidade ou população, através das ambulâncias de suporte básico e avançado (Unidade de Terapia intensiva UTI móveis) com suas equipes de saúde, contribuem para diminuir significativamente o índice de mortes precoces.

O objetivo deste trabalho é demonstrar as etapas percorridas para efetivação do sistema resgate do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que tem a finalidade de estruturar as etapas percorridas para efetivação do sistema resgate, através deste trabalho que é sugestão para a implantação do sistema resgate centrado na legislação e modelos sugeridos'. Objetivo: levantamento bibliográfico para um conhecimento da implantação de um sistema de atendimento e emergências em nível pré hospitalar especificação técnica e organizacional, com relação à adequação desta ao atendimento de socorro às vítimas de causas variadas. E feito um grande estudo bibliográfico para que se tenha uma viabilidade desta implantação neste município, ao fato de atuarmos como profissionais da área da

saúde. “Em todo o mundo, a formação de complexos centros urbanos foi acompanhada do aumento da morbimortalidade por trauma, levando a necessidade de implementar formas de combater este agravo”. (MELLO, 1979). O cuidado às vítimas de trauma é um dos principais recursos no combate a esta “epidemia”, e, deve começar antes mesmo da chegada ao hospital. O atendimento primário deve ser feito por um sistema de resgate, mas este serviço não existe em nossa cidade será por qual motivo?

O atendimento pré-hospitalar móvel, conta com duas modalidades de atendimento, o Suporte Básico à Vida (SBV), cuja característica principal, é não realizar manobras invasivas, e o Suporte Avançado à Vida (SAV), um dos níveis de resposta do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel é a realização de procedimentos invasivos. Um pedido de socorro, avaliado e priorizado pelo médico regulador, como potencialmente grave, onde terá procedimentos invasivos, de suporte ventilatório e circulatório, tem que ser atendido pela equipe composta por médicos, enfermeiros e condutores. O atendimento Pré-Hospitalar (APH) expandiu - se por todo o mundo, tendo em vista que desde sua criação e implantação no Canadá, houve uma grande redução no índice de morbimortalidade em consequência do trauma, “sendo que, promover o atendimento pré-hospitalar de maneira correta e a tempo, reduz o número de óbitos de 20% a 50%, além de diminuir expressivamente às seqüelas temporárias ou definitivas”. (TRUNKEY, 1992).

Apesar disto, há muita controvérsia a respeito do mérito real deste tipo de cuidado. “É importante frisar e definir que o sistema de atendimento pré-hospitalar é um serviço médico e, assim, sua coordenação, regulação e supervisão direta à distância, devem ser efetuada unicamente por médico” (SPAITE DW, 1998). Reconhece-se que, na urgência-emergência, principalmente na área do trauma, deverá haver uma ação integrada com outros profissionais, visando viabilizar a implantação de serviços de atendimento pré-hospitalar em nosso país. Os chamados socorristas profissionais não-médicos, habilitados para prestar atendimento de urgência-emergência, em nível pré-hospitalar, sob supervisão e coordenação médica, regulamentada pela Portaria 2048 do Ministério da Saúde, de 5 de novembro de 2002, que trata do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

O ministério da Saúde, segundo Timerman (2001), “tendo como referência o parâmetro populacional, calcula a necessidade de uma ambulância de suporte avançado de vida para 400.000 habitantes, devendo sua localização ser descentralizada na região de abrangência do serviço”. O treinamento do pessoal envolvido no atendimento pré-hospitalar, em especial ao trauma, deverá ser efetuado em cursos ministrados por instituições ligadas ao Sistema Único de Saúde, que, envolvendo as escolas médicas e de enfermagens locais, sob coordenação das secretarias estaduais e municipais de saúde, cumprindo um programa mínimo, que contemple todo o conhecimento teórico e prático, necessário à realização eficaz dos atos praticados.

O sistema deverá dispor de um programa de treinamento continuado e supervisão em serviços. Deverá existir uma Central de Regulação, de fácil acesso ao público, onde o médico-coordenador, quando pertinente, despachará o atendimento à emergência para a unidade que esteja mais próxima, colhendo ainda informações adicionais que poderão exigir a presença do médico no local. Igualmente, deverá ser possível repassar maiores informações, via rádio ou outro meio, à equipe da ambulância. Também, deverá existir uma rede comunicação entre a Central de Regulação e os hospitais conveniados, para equacionar o encaminhamento do paciente.

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde; tendo em vista, o crescimento da demanda por estes serviços nos últimos anos, devido ao aumento do número de acidentes, violência urbana e a insuficiente estruturação da rede assistencial, tendo contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços, disponibilizados, para o atendimento da população. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, que, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, tem realizado grandes esforços, no sentido de implantar um processo de aperfeiçoamento, no atendimento às urgências e emergências no País, tanto pela criação de mecanismos, para a implantação de Sistemas Estaduais de referência hospitalar em atendimento às urgências e emergências, como pela realização de investimentos relativos ao custeio, adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação, capacitação de recursos humanos, edição de normas específicas para a área, efetiva organização, estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência. De acordo com Timerman temos descritas as:

A necessidade de aprofundar o processo de consolidação dos Sistemas Estaduais de urgência e emergência, aperfeiçoar as normas já existentes, ampliar a sua estrutura, e ainda, a necessidade de melhor definir uma ampla política nacional para esta área, com a organização de sistemas regionalizados, com referências previamente pactuadas e efetivadas sob regulação médica, hierarquia resolutiva com responsabilidade sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do Sistema, de acordo com as diretrizes gerais, do Sistema Único de Saúde e a Norma Operacional da Assistência à Saúde. Com a necessidade de ordenar o atendimento às urgências e emergências, garantindo acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para as pequenas e médias urgências, estabilização e referência adequada dos pacientes graves dentro do Sistema Único de Saúde, por meio de acionamento e intervenção das Centrais de Regulação Médica de Urgências. A expansão de serviços públicos e privados, de atendimento pré-hospitalar móvel e de transporte inter-hospitalar, tem a necessidade de integrar estes serviços à lógica dos sistemas de urgência, com regulação médica, presença de equipe de saúde qualificada, para as especificidades deste atendimento, e, a obrigatoriedade da presença do médico, nos casos que necessitem de suporte avançado à vida, onde, pacientes com trauma, recebam serviços qualificados e especializados.

O suporte avançado à vida (SAV) é destinado ao atendimento e transportes de pacientes com alto risco, em urgências pré-hospitalares ou transportes inter-hospitalares para pacientes que necessitem de cuidados médicos intensivos. Essas premissas básicas previstas na própria definição de Atendimento Pré-hospitalar deixam claro que, este componente do sistema de saúde não pretende ser um tratamento definitivo, mais sim, realizar seu papel de agente temporário de manutenção da homeostase, até o tratamento mais complexo ser possível, e que, a vítima venha sofrer o mínimo de seqüelas e ser reintegrada juntamente a sociedade, para que, possa desempenhar suas atividades normalmente.

Sabendo-se, que Uberlândia atende um grande número de solicitações de atendimento pré-hospitalar móvel, no 5º Batalhão de Bombeiros Militar, dos quais não é possível atendimento, por não haver viaturas equipadas, e, contingentes especializados capazes de atender a demanda imposta pela comunidade e demonstrando a necessidade da implantação de um protocolo, onde profissionais da rede de saúde pública, instituições do governo (bombeiros, polícia militar e polícias rodoviárias), e outros que estejam credenciados para este sistema, como a prefeitura municipal e hospitais particulares, em formar uma central de atendimento desempenhando-se o suporte avançado à vida do paciente, faz se necessário demonstrar as etapas percorridas para efetivação do sistema resgate e, a estruturação das etapas percorridas para efetivação do sistema resgate centrado na legislação e modelos sugeridos pelo Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Conforme o Ministério da Saúde nas recomendações para o “Projeto SAMU-192” (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), e, de acordo com a Portaria 2048/GM de 2002, que rege sobre “Urgência e Emergência”, as cidades que quiserem implantar este sistema, têm

que existir uma população estimada em 500.000 mil habitantes. Com relação ao Corpo de Bombeiros temos o 5º Batalhão de Bombeiros com 213 bombeiros formados e 70 bombeiros em curso de formação; e as Unidades da Polícia Rodoviária Federal (PRF) com 41 patrulheiros, 12 viaturas que atendem as rodovias (BRs 050, 365, 153, 452); o Policiamento Urbano tem um total geral de 1255 policiais militares, compostos pela 9ª RPM (Nona Regional da Polícia Militar) com 51 militares, COPOM (Centro de Operações da Polícia Militar) com 55 militares, CAA-9 (Centro de Apoio Administrativo-9) com 35 militares, 17º BPM (Décimo Sete Batalhão de Polícia Militar) com 573 militares, o 32º BPM (Trigésimo Segundo Batalhão da Polícia Militar) com 472 militares, 2ª CIA MESP (Segunda Companhia de Missões Especiais) com 69 militares, e o SETRAN (Secretaria de Trânsito) composto por 130 agentes concursados, tendo atendido até este mês de novembro de 2004 em torno de 6060 (seis mil e sessenta) ocorrências de trânsito, sem vítimas; e quanto a central de ambulâncias, esta atende aproximadamente 20 ocorrências por dia; e com relação aos serviços privados de remoção e assistência domiciliar temos em Uberlândia apenas a UNIMEDLAR; e instituição Defesa Civil.

Os números de morbimortalidade por causas externas em 2000 foram de 260 óbitos; em 2001 de 283; em 2002 de 269 e em 2003 de 248 óbitos, totalizando em 1060 óbitos nos quatro anos. (NIS/SMS – 2004). Conforme a demanda dos atendimentos das viaturas do Corpo de Bombeiros de Uberlândia-MG, e de acordo com o 5º Batalhão de Bombeiros militar, houve uma demanda de atendimento pré-hospitalar, no ano de 2003 de 2.684 atendimentos, sendo em média 238,6 atendimentos mensais, com um índice maior em acidentes com motocicletas. No ano de 2004, até o mês de setembro, foram registrados 2.349 atendimentos, com uma média de 261 atendimentos mensais, sendo 976, também por acidentes com motocicletas, onde, todos atendimentos realizados, foram com duas unidades de Suporte Básico de Vida do 5º BBM (Quinto Batalhão de Bombeiros Militar).

Através de todos os dados colhidos, obtivemos os resultados que nos dão parâmetros para o projeto, cujo intuito é buscar identificar com maior clareza as necessidades sociais de saúde da população, que potencializam situações de urgências médicas pré-hospitalares, que deverão ser atendidas pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que pretende qualificar e dimensionar as respostas do sistema de saúde, identificando os déficits de atenção e as iniquidades das respostas. O Planejamento Organizacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Após os dados concluídos, da viabilidade e necessidade de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), começamos a descrever os passos que deverão ser seguidos para implementação do projeto SAMU, que é, a fase do planejamento organizacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que conforme a portaria 1863/GM de 29 de setembro 2003, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, que, tendo como base, as ambulâncias propõem que serão adquiridas, na proporção de um veículo de “Suporte Básico à Vida”, para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e, um veículo de “Suporte Avançado à Vida”, para cada 400.000 a 450.000 habitantes. De acordo com estas diretrizes anteriores e a portaria 2048/GM de 5 de novembro 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências, Uberlândia tem necessidade de cinco ambulâncias de Suporte Básico de Vida (SBV), que é um tipo de veículo de atendimento de urgências pré-hospitalares de pacientes vítimas de acidentes ou de pacientes em locais de difícil acesso.

Essas ambulâncias deverão conter as dimensões e outras especificações, obedecendo às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) – Norma Brasileira Regulamentar (NBR), 14561/2000. As chamadas identificadas como “trotos”, que demandam ou não ações, como o envio de unidades móveis para o local indicado, também deverão ser registradas no sistema, e nas gravações de voz, com os seguintes cuidados: Quanto ao fornecimento, o equipamento deverá ser acompanhado de manual de instalação, configuração e operação do mesmo e dos módulos que o constituem, em língua portuguesa ou inglesa, com apresentação gráfica de boa qualidade. De acordo com a

alimentação para o quadro local da Central SAMU, deverá ser feita a partir do quadro geral, deverá ser feita com condutores elétricos que forneçam 3 fases, 1 neutro e 1 terra, ou seja, em 5 cabos. O quadro local proposto será responsável pelo controle da instalação elétrica estabilizada da respectiva Central. Esta administração deverá ser feita a partir de circuitos monofásicos manobrados por disjuntores. Cada circuito alimentará a um número de tomadas elétricas (quatro) dentro de uma região da Central SAMU.

O quadro deverá ter um número de circuitos proporcional ao número de tomadas elétricas estabilizadas, além de garantir a disponibilidade de 50% de circuitos reservas para futuras demandas. O quadro deverá possuir um disjuntor trifásico geral o qual receberá alimentação trifásica do quadro geral. Após o cálculo de dimensionamento do quadro estabilizado, este deverá ter a distribuição dos circuitos de modo balanceado entre as fases (A, B e C). (PORTARIA 356, DE 22 DE SETEMBRO DE 2000).

Quanto à rede de telefonia, será fornecido um único número 0800, para atendimento exclusivo telefônico e via fax, funcionando 24 horas por dia, durante 7 dias por semana, com capacidade de atendimento à demanda de todos os municípios do fornecimento do SAMU, onde terá uma parceria para contato com os serviços de saúde, Corpo de Bombeiros, Polícias, dentre outros. O sistema de localização automática de veículos é um sistema de localização das unidades móveis que deverá ser implantado e integrado ao sistema de comunicação nelas instalados. As informações de posição devem ser transferidas periodicamente e automaticamente para a Central de Atendimento SAMU para visualização em mapa digital de situação.

Este serviço compreende o fornecimento e instalação de um Sistema de Localização Automática para as ambulâncias pertencentes ao SAMU em todos os municípios ou aglomerados de municípios com mais de 500.000 (quinhentos mil) habitantes. Se aceita que a convergência dos dados localizadores possa ser local, ou seja, para a própria Central de Regulação do SAMU no município, ou opcionalmente, centralizada no nível federal no DATASUS- Ministério da Saúde em Brasília. Para tal, o aparelho instalado em cada ambulância, deverá possuir um receptor GPS e um sistema de transmissão das informações geográficas à Central de Atendimento. Este posicionamento deverá estar vinculado a um Sistema de Informações Geográficas (GIS Geographic Information System).

Para um adequado atendimento pré-hospitalar móvel o mesmo deve estar vinculado a uma Central de Regulação de Urgências e Emergências. A central deve ser de fácil acesso ao público, por via telefônica, em sistema gratuito (192 como número nacional de urgências médicas ou outro número exclusivo da saúde, se o 192 não for tecnicamente possível), onde o médico regulador, após julgar cada caso, define a resposta mais adequada, seja um conselho médico, o envio de uma equipe de atendimento ao local da ocorrência ou ainda o acionamento de múltiplos meios.

O número de acesso da saúde para socorros de urgência deve ser amplamente divulgado junto à comunidade. Todos os pedidos de socorro médico que derem entrada por meio de outras centrais, como a da polícia (190), do corpo de bombeiros (193) e quaisquer outras existentes, devem ser, imediatamente retransmitidos à Central de Regulação por intermédio do sistema de comunicação, para que possam ser adequadamente regulados e atendidos. (PORTARIA 356/SAS, DE 22 DE SETEMBRO DE 2002). O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso.

Deve existir uma rede de comunicação entre a Central, as ambulâncias e todos os serviços que recebem os pacientes. Os serviços de segurança e salvamento, sempre que houver demanda de atendimento de eventos com vítimas ou doentes, devem orientar-se pela decisão do médico regulador de urgências. Podem ser estabelecidos protocolos de despacho imediato de seus recursos de atenção às urgências em situações excepcionais, mas, em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea

com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica.

Quanto ao serviço de comunicação móvel e a especificação dos equipamentos necessários de radiocomunicação para as ambulâncias, incluindo torres de transmissão de sinais, e repetidoras, compreende a comunicação de voz, dados e imagens por acesso móvel para atendimento das demandas, que permitirá a comunicação entre a Central SAMU e a ambulâncias. Também compreende o fornecimento, instalação e operação de todos os equipamentos e serviços de comunicação necessários para o atendimento aos requisitos estabelecidos para cada Central SAMU, incluindo a obtenção das frequências VHF/UHF, através da Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), e junto às operadoras de Sistema de Telefonia Móvel. Cada ambulância deverá dispor de 02 (dois) aparelhos de celulares. (PORTARIA 356/SAS, DE 22 DE SETEMBRO DE 2002).

O dimensionamento e organização assistencial dos recursos humanos para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), como médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos em enfermagem, condutores de veículos de socorro, telefonistas, auxiliares de regulação médica, radio operadores, apoio administrativo e outros, existe um regulamento onde diz que estas unidades devem contar, no mínimo, com equipe de saúde composta por médico e enfermeiro nas 24 horas para atendimento contínuo de clínica médica e clínica pediátrica. Nos casos em que a estrutura loco regional exigir, tomando-se em conta as características epidemiológicas, indicadores de saúde como morbidade e mortalidade, e características da rede assistencial, poderá ser ampliada a equipe, contemplando as áreas de clínica cirúrgica, ortopedia e odontologia de urgência.

Estas unidades devem contar com suporte ininterrupto de laboratório de patologia clínica de urgência, radiologia, os equipamentos para a atenção às urgências, os medicamentos definidos pela portaria nº 2048/GM, leitos de observação de 06 a 24 horas, além de acesso a transporte adequado e ligação com a rede hospitalar através da central de regulação médica de urgências e o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. Nos casos em que tais centrais ainda não estejam estruturadas, a referência hospitalar bem como a retaguarda de ambulâncias de suporte básico, avançado e de transporte deverão ser garantidos mediante pactuação prévia, de caráter municipal ou regional. De acordo com a portaria nº 2048/GM, a observação de unidades 24 horas não hospitalares de atendimento às urgências em várias localidades do país mostrou ser adequada a seguinte relação entre a cobertura populacional / número de atendimentos em 24 horas / número de profissionais médicos por plantão / número de leitos de observação / percentual de pacientes em observação e percentual de encaminhamentos para internação:

- I. 50.000 a 75.000 habitantes - 100 pacientes - 1 pediatra, 1 clínico - 6 leitos - 10% 3%
- II. 75.000 a 150.000 habitantes - 300 pacientes - 2 pediatras/2 clínicos - 12 leitos - 10% 3%
- III. 150.000 a 250.000 habitantes - 450 pacientes - 3 pediatras/3 clínicos - 18 leitos - 10% 3%

Estes números e mesmo a composição das equipes poderão variar, de forma complementar, de acordo com a realidade loco-regional, tomando-se em conta inclusive a sazonalidade apresentada por alguns tipos de afecções, como por exemplo, o aumento de demanda de doenças respiratórias verificadas na clínica pediátrica e na clínica de adultos / idosos durante o inverno ou o aumento no número de acidentes em estradas nos períodos de férias escolares. Da mesma forma, nas regiões onde a morbimortalidade por causas externas como violências, traumas e/ou acidentes de trânsito seja estatisticamente marcante, estando os óbitos por estas causas entre as primeiras causas de mortalidade, as equipes poderão ser acrescidas de médicos cirurgiões gerais e ortopedistas, a critério dos gestores loco-regionais.

Na Unidade tipo I, por se tratar de serviço com equipe reduzida, deverá haver sempre um profissional médico adicional de sobreaviso, que possa ser acionado para acompanhamento de pacientes críticos ou com instabilidade cardiorespiratória, quando estes necessitarem ser

removidos e não haja serviço pré-hospitalar móvel estruturado. (PORTARIA Nº 2048/GM-CAP. III, ITEM 2.2). Os recursos humanos das Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências e Emergências deverão contar, obrigatoriamente, com os seguintes profissionais: coordenador ou gerente, médico clínico geral, médico pediatra, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, técnico de radiologia, auxiliar de serviços gerais, auxiliar administrativo e, quando houver laboratório na unidade, também deverão contar com bioquímico, técnico de laboratório e auxiliar de laboratório.

Outros profissionais poderão compor a equipe, de acordo com a definição do gestor local ou gestores loco-regionais, como: assistente social, odontólogo, cirurgião geral, ortopedista, ginecologista, motorista, segurança e outros. (PORTARIA Nº 2048/GM-CAP. III, ITEM 2.3). Quanto à equipe de profissionais, os serviços de atendimentos pré-hospitalares móveis, devem contar com equipe de profissionais oriundos da área da saúde e não oriundos da área da saúde. Considerando-se que as urgências não se constituem em especialidade médica ou de enfermagem e que nos cursos de graduação a atenção dada à área ainda é bastante insuficiente, entende-se que os profissionais que venham a atuar nos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel (oriundos e não oriundos da área de saúde) devam ser habilitados pelos Núcleos de Educação em Urgências (NEU), cuja criação é indicada pelo presente Regulamento e cumpram o conteúdo curricular mínimo nele proposto. A Equipe de Profissionais Oriundos da Saúde deve ser composta por:

- coordenador do serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimentos comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;
- responsável técnico: médico responsável pelas atividades médicas do serviço;
- responsável de enfermagem: enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem;
- médicos reguladores: médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente;
- médicos intervencionistas: médicos responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;
- enfermeiros assistenciais: enfermeiros responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;
- auxiliares e técnicos de enfermagem: atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro;

‘É necessário destacar que as responsabilidades técnicas poderão ser assumidas por profissionais da equipe de intervenção sempre que a demanda ou o porte do serviço assim o permitirem’.

Além desta equipe de saúde, em situações de atendimento às urgências relacionadas às causas externas ou de pacientes em locais de difícil acesso, deverá haver uma ação pactuada, complementar e integrada de outros profissionais não oriundos da saúde – bombeiros militares, policiais militares e rodoviários e outros, formalmente reconhecidos pelo gestor público para o desempenho das ações de segurança, socorro público e salvamento, tais como: sinalização do local, estabilização de veículos acidentados, reconhecimento e

gerenciamento de riscos potenciais (incêndios, materiais energizados, produtos perigosos) obtenção de acesso ao paciente e suporte básico de vida.

Cabe ao gestor público municipal, dimensionar os recursos humanos para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a capacitação e o recrutamento destes profissionais como: médicos, enfermeiros, auxiliares de regulação médica, radiooperadores, telefonistas, apoio administrativo e outros, detalhando as formas e os prazos de suas contratações. (PORTARIA Nº 2048).

Estabelecendo o projeto de capacitação dos recursos humanos do SAMU, para o início das suas operações e na perspectiva da educação continuada no âmbito do Núcleo de Educação em Urgências (NEU), conforme diretrizes estabelecidas na Portaria nº 2048, considerando o seu prazo de habilitação de novembro de 2004, contemplando que é de conhecimento geral que os aparelhos formadores ofereçam insuficiente formação para o enfrentamento das urgências. Assim, é comum que os profissionais da saúde, ao se depararem com uma urgência de maior gravidade, tenham o impulso de encaminhá-la rapidamente para a unidade de maior complexidade, sem sequer, fazer uma avaliação prévia e a necessária estabilização do quadro, por insegurança e desconhecimento de como proceder. É essencial que estes profissionais estejam qualificados para este enfrentamento, se quisermos imprimir efetividade em sua atuação.

Toda equipe da Unidade deve ser capacitada nos Núcleos de Educação em Urgências (NEU) e treinada em serviço e, desta forma, capacitada para executar suas tarefas. No caso do treinamento em serviço, o Responsável Técnico pela Unidade será o coordenador do programa de treinamento dos membros da equipe. Uma cópia do programa de treinamento (conteúdo) ou as linhas gerais dos cursos de treinamento devem estar disponíveis para revisão; deve existir ainda uma escala de treinamento de novos funcionários.

A unidade de treinamento deve contar, de acordo com a Portaria nº 2048 com:

- a) *Responsável Técnico - médico com Título de Especialista em sua área de atuação profissional reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina ou com Certificado de Residência Médica em sua especialidade emitida por Programa de Residência Médica reconhecido pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC).*

O médico Responsável Técnico pela Unidade somente poderá assumir a responsabilidade técnica por uma única Unidade cadastrada pelo Sistema Único de Saúde. No caso de responsável técnico de Unidade instalada em Hospital Universitário, o médico poderá acumular esta responsabilidade com a de mais uma Unidade cadastrada pelo SUS, desde que instalada no mesmo município.

Equipe Médica: deve ser composta por médicos em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes.

Enfermagem: A unidade deve contar com:

- *Coordenador de Enfermagem: 01 (um) Enfermeiro Coordenador;*
- *Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem em quantitativo suficiente para o atendimento dos serviços nas 24 horas do dia para atendimento de urgências/emergências e todas as atividades dele decorrentes. (PORTARIA Nº 2048/GM- CAP. V, ITEM 2.1.1).*

Para aquisição de equipamentos e adequação de áreas físicas, serão despendidos recursos à medida do porte das centrais proporcionalmente à população a ser atendida, nos seguintes parâmetros:

Equipamentos:

- Para Municípios com população até 250.000 habitantes: até R\$ 100.000,00;
- para Municípios com população entre 250.000 e 500.000 habitantes: até R\$ 150.000,00;
- *Para Municípios com população acima de 500.000 habitantes: até R\$ 200.000,00.*
- Área física:
- Para Municípios com população até 250.000 habitantes: até R\$ 50.000,00;
- Para Municípios com população entre 250.000 e 500.000 habitantes: até R\$ 100.000,00;
- *Para Municípios com população acima de 500.000 habitantes: até R\$ 150.000,00.*

Para a transferência dos recursos aludidos nos incisos 5º, 6º e 7º, do Artigo 3º da Portaria nº 1864/GM de 2003, será exigida contrapartida nos casos abrangidos pela legislação vigente aplicável aos convênios de natureza financeira. Os recursos a ser transferidos pelo Ministério da Saúde em decorrência do disposto nesta Portaria nº 1864/GM de 2003 não poderão ser utilizados para o financiamento de prestadores da rede privada (filantrópica e lucrativa) Os recursos de investimentos e custeio terão seus repasses limitados às secretarias de saúde qualificadas que se responsabilizarem pela gestão e gerência do SAMU e das Centrais SAMU – 192.

Artigo 4º - Definir que as despesas de custeio deste componente serão de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, Estados e Municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para estes custos. Ao Ministério da Saúde, por intermédio do Fundo Nacional de Saúde, competirá realizar repasses regulares e automáticos de recursos aos respectivos fundos de saúde, para manutenção das equipes efetivamente implantadas, segundo os seguintes parâmetros: por Equipe de Suporte Básico: R\$ 12.500,00 por mês;

a) por Equipe de Suporte Avançado: R\$ 27.500,00 por mês;

b) por Equipe da Central SAMU – 192: R\$ 19.000,00 por mês.

O restante dos recursos necessários para o custeio das equipes será coberto pelos Estados e Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida em cada Comissão Intergestores Bipartite, e deverá estar expresso nos projetos que serão enviados ao Ministério da Saúde, incluindo os mecanismos adotados de repasse destes recursos entre estados e municípios.

Os recursos de custeio repassados pelo Ministério da Saúde no âmbito da Portaria nº 1864/GM de 2003 deverão ser destinados exclusivamente à manutenção e qualificação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Estabelecer que o recebimento dos recursos de custeio previstos na Portaria nº 1864/GM de 2003, implicará na interrupção e revisão dos mecanismos de financiamento atualmente estabelecidos, correspondentes às atividades de atenção móvel às urgências.

CONCLUSÃO

Considerando a necessidade de aprofundar o projeto do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), podemos concluir que, para que haja um processo de Consolidação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, é necessário que, a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia deve constituir e coordenar os Comitês Gestores Municipais do Sistema de atenção às Urgências, garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações. Da mesma forma, a Secretaria Estadual de Saúde, deverá constituir e coordenar os Comitês Estaduais e os Comitês Regionais dos Sistemas de Atenção às Urgências, para que possa adequar às exigências propostas no projeto de

implantação do SAMU, e ainda a necessidade de melhor definir uma ampla política nacional para esta área, com organização de sistemas regionalizados, com referências pactuadas e efetivas, sob regulação médica com hierarquia resolutive e responsabilização sanitária, universalidade de acesso, integralidade na atenção e equidade na alocação de recursos e ações do sistema, de acordo com as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002). Através destes dados obtidos, vimos à necessidade da implantação da Política Nacional de Atendimento às Urgências, pois, os pacientes que utilizam os prontos socorros hospitalares como porta de entrada, às vezes não tem uma porta de saída organizada e, após o atendimento de urgência, ficam desgarrados do sistema, retornando apenas quando acometidos por nova situação de urgência. Com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a cidade de Uberlândia terá capacidade de desenvolver ações que efetivamente priorizem a área de Urgência, protegendo a vida e melhorando as condições de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, L. R. **Como elaborar monografias, teses, dissertações, e projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 1977.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. **Subsistema de Informações sobre Mortalidade. Estatística de mortalidade: Brasil 1988**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1993.
- KOIZUMI MS. **Aspectos epidemiológicos dos acidentes de motocicleta no Município de São Paulo**, 1982. São Paulo, 1984.
- LAKATOS, E. M & MARCONI, M. **Metodologia do trabalho científico**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- MANUAL DA CLASSIFICAÇÃO. **Estatística Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito**: 9ª edição, 1975. São Paulo, Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1978; 1:559-569.
- MELLO JORGE MHP. **Mortalidade por causas violentas no Município de São Paulo**. São Paulo, 1979. [Tese de Doutorado — Faculdade de Saúde Pública da USP.]
- OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. 2 ed. São Paulo, Pioneira, 1999.
- RUIZ, J. A. **Metodologia científica guia para eficiência nos estudos**. São Paulo: Atlas, 1977.
- SÃO PAULO (ESTADO). **Secretaria de Estado da Saúde, Sistema Integrado de Atendimento às Emergências do Estado de São Paulo**: Projeto Resgate; editora EPU, São Paulo.
- SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 22 ed. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1996.
- SPAICE – DW, TSG. DJ, VALENZUELA. TD; tal. **The impact of injury SECURITY and pré-hospital procedures on scene time in victns of mayoler trauns** AMM. Emero 1991; 20: 1. 299 – 305.
- TIMERMAN: AB, WEST JC Field Triage. **IN Moore E.E. Traum**. 2 nd. Ed. Californian, Appleton & Lange. 1991: 67 – 79.
- TRUNKEY: SP. **Ijuris in América: National Desaster. Trans stud cool**. Thy. Sitians – th – ila 1998, 10: 135 – 45.
- COMPLEMENTO À RESOLUÇÃO ANVISA-RDC nº 50/2002: RDC nº189 e RDC nº 307.

LEI 8080 de 19 de setembro de 1990 – Dispõe das responsabilidades, treinamentos dos profissionais de saúde e promoção e prevenção da saúde.

NOAS-SUS 01/2002 – Norma Operacional da Assistência à Saúde.

PORTARIA nº 356/SAS de 22 de setembro de 2000 - Implantação e Implementação do processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção.

PORTARIA SAS nº 494 de 26 de agosto de 1999 – Recursos Tecnológicos.

PORTARIA nº 737/GM de 16 de maio de 2001 – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

PORTARIA nº 1863/GM de 29 de setembro 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências.

PORTARIA nº 1864/GM de 29 de setembro de 2003 – Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências.

PORTARIA nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

PORTARIA nº 2224/GM de 05 de dezembro de 2002 – **Administração em Saúde.**

RESOLUÇÃO ANVISA - RDC nº50/2002 – “Normas para Projeto de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde”.

RESOLUÇÃO CFM nº 1.596/2000 – Conselho Federal de Medicina – Supervisiona, Disciplina e Fiscaliza a classe médica do exercício profissional prestado à população.

<http://www.aph.com.br/portaria737.htm>.

<http://www.dte2001.saude.gov.br/samu/legislação/index-leg.htm>