

Universidade Estadual do Ceará
Ronaldo Roque de Araújo

A Política Pública do Atendimento Pré-Hospitalar na
Redução da Mortalidade por Causas Externas, no
Município de Fortaleza (1988 a 2003).

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Profissionalizante de Planejamento e Políticas
Públicas da Universidade Estadual do Ceará,
como requisito parcial para obtenção do grau
de mestre em Administração Pública.

Orientador: Dr. Ernani Viera Vasconcelos Filho

Fortaleza
2005

Universidade Estadual do Ceará
Curso de Mestrado Profissional de Planejamento e
Políticas Públicas

Título do Trabalho: A Política Pública do Atendimento Pré-Hospitalar na Redução da Mortalidade por Causas Externas, no Município de Fortaleza (1988 a 2003).

Autor: Ronaldo Roque de Araújo

Defesa em: ____ / ____ / _____

Conceito obtido:

Nota:

Banca Examinadora

Ernani Vieira Vasconcelos Filho - Prof. Dr
Orientador

Francisco Josênio C. Parente – Prof. Dr.

Liduína Farias A. da Costa – Prof^a. Dr^a.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho àquelas pessoas que com a simplicidade de seus sorrisos abrilhantaram toda a sua existência entre nós, e hoje participam da morada eterna com o Pai celestial, *meu paizão e minha vovó*.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida,
A minha família pelo apoio
incomensurável que recebi,
E a todas as pessoas que não se
cansaram de me incentivar nessa
jornada.

RESUMO

O presente trabalho demonstra a transição epidemiológica ocorrida no quadro da mortalidade no século XX através da historicidade da saúde pública em nível mundial, nacional e local, apresentando a visão das políticas públicas utilizadas para as épocas correspondentes, destacando o efeito dos agravos à saúde diante dessa realidade. Defini-se então o que é serviço de atendimento pré-hospitalar, seu histórico, perfis dos profissionais e seus efeitos nas organizações que o realizam e na sociedade. Busca-se saber qual a visão que os gestores, das duas esferas públicas – Estado e Município - estão tendo prestação do serviço de emergência que coordenam e planejam na capital cearense dentro da importância e dificuldades que encontram, além das perspectivas futuras para esse atendimento. Conclui-se comparando os dados positivos das estatísticas da mortalidade por causas externas em Fortaleza e a opinião dos gestores sobre esse serviço desde a sua criação em 1988 até 2003.

Palavras-chave: Mortalidade; Causas Externas; Políticas Públicas; Atendimento Pré-Hospitalar.

ABSTRACT

The present study describes changes in the epidemiological profile of mortality along the history of local, national and worldwide public health actions in the 20th century, examining the public policies pursued in each period and highlighting their impact on public health. The history and definition of prehospital care are discussed, and the effects of prehospital care upon society and the organizations practicing it are appraised along with a description of the profile of the professionals. The study reviews the outlook of both state and municipal health managers and planners in Fortaleza with regard to the present and future situation of the emergency care facilities for which they are responsible. Finally, the study presents statistical data on mortality from external causes in Fortaleza and the opinion of managers about the local mortality registry, covering the period 1998 to 2003.

Key words: Mortality; External causes; Public policies; Prehospital care.

SUMÁRIO

SIGLAS UTILIZADAS	09
QUADROS	10
INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 - AS CAUSAS EXTERNAS NO PROCESSO DA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NA SAÚDE PÚBLICA	14
1.1 – Os Efeitos no Âmbito Mundial	14
1.2 – A Realidade Brasileira	34
1.1 – A Situação da Saúde Pública Cearense	54
CAPÍTULO 2 – O SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR	69
2.1 - Histórico	69
2.2 – Estrutura de Funcionamento	79
2.3 – Perfil dos Profissionais	85
2.4 – O Efeito Organizacional nas Corporações Realizadoras do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar	87
2.5 – O Resultado do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar na Sociedade	95
CAPÍTULO 3 - O SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA VISÃO DOS GESTORES	97
3.1 – A saúde pública no enfrentamento da mortalidade por causas externas no Estado do Ceará	99
3.2 – A importância do serviço de atendimento pré-hospitalar no serviço de urgência e emergência	100
3.3 – As dificuldades na prestação do serviço de atendimento pré-hospitalar à sociedade fortalezense	101

3.4 – Integração dos entes governamentais atuantes no serviço de atendimento pré-hospitalar no município de Fortaleza	103
3.5 – O serviço de atendimento pré-hospitalar na diminuição da mortalidade por causas externas na capital cearense	104
3.6 - As perspectivas para o serviço de atendimento pré-hospitalar para os próximos anos	106
CONCLUSÃO	108
BIBLIOGRAFIA	112
ANEXOS	120
I - ENTREVISTA COM OS GETORES DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ E DO GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA	121
II - ENTREVISTA COM O COORDENADOR E EX-COORDENADOR DO SAMU / FORTALEZA 192	123
III - ENTREVISTA COM OS GESTORES DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E DO MUNICÍPIO	125

SIGLAS UTILIZADAS

AIH - Autorizações de Internações Hospitalares
AIS - Ações Integradas de Saúde
BIRD – Banco Interamericano de Desenvolvimento
BNB – Banco do Nordeste do Brasil
CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBMCE – Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará
CF/88 – Constituição Federal de 1988
CID10 - Classificação Internacional de Doenças – 10ª Revisão
CTC - Comitê Técnico Científico
EEUU – Estados Unidos da América
FMI - Fundo Monetário Internacional
GM - Gabinete do Ministro
GSU – Grupamento de Socorro de Urgência
IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensão
IJF - Instituto Dr. José Frota
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PTDN -Plano Trienal de Desenvolvimento do Nordeste
PNE - Projeto Nordeste
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEAD – Secretaria de Administração do Estado
SESA - Secretaria de Saúde do Estado
SILOS - Sistemas Locais de Saúde
SSPDS - Secretaria de Segurança pública e Defesa Social
SUDENE - Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUDS - Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE QUADROS

QUADRO I – Principais Causas de Mortalidade no Brasil – 1980 / 2002 ..

QUADRO II – Principais Causas de Mortalidade no Ceará – 1980 / 2002

QUADRO III – Principais Causas de Mortalidade em Fortaleza – 1980 / 2002

QUADRO IV – Ocorrências do Corpo de Bombeiros X Ocorrências do GSU

QUADRO V - Total de Ocorrência x Ocorrências por Causas Externas -
SAMU/Forataleza

INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil no século XX passou por um processo de mudança na incidência das causas de óbitos registrados. Essa realidade foi percebida tanto em nível nacional, como na esfera estadual e municipal, pois o foco da atuação governamental, no seu início, era no sentido de combate às doenças infecciosas, mas já no seu final passou a se voltar para outros problemas, como os agravos à saúde.

Esses casos, ocorridos por acidentes e violência, são tratados pela medicina de emergência e urgência. Sua denominação pela classificação internacional de doenças possui o título de causas externas. Um dos instrumentos usado mundialmente para o enfrentamento desse problema é o atendimento pré-hospitalar, ou seja, é aquela prestação de socorro no local onde se encontra a vítima de um acidente.

Objetivou-se com esse trabalho analisar a implantação, a utilização e a eficiência do sistema de atendimento pré-hospitalar em Fortaleza no período de 1988 a 2003 no enfrentamento dos agravos à saúde, historiando a evolução do enfoque da transição epidemiológica da mortalidade referente às causas já citadas anteriormente, tudo dentro da saúde pública mundial e na realidade brasileira.

Contextualiza-se a existência do serviço de atendimento pré-hospitalar nessas mesmas esferas, analisando particularmente a sua importância e a atuação dele no enfrentamento das doenças por causas externas sob a égide dos princípios do SUS, avaliando-o inclusive o seu funcionamento no município de Fortaleza sob a visão dos gestores do referido serviço.

O estudo se desenvolveu em 02 (duas) etapas distintas. Na primeira, elaborou-se um levantamento histórico e bibliográfico, dividindo-se os tópicos em conformidade com esta seqüência: A evolução histórica da saúde pública no aspecto mundial, brasileiro e cearense; O histórico, as características e o grau de importância

do serviço de atendimento pré-hospitalar no enfrentamento aos agravos à saúde; As estatísticas existentes do número de mortos em decorrência das causas externas no município de Fortaleza, compreendido no intervalo temporal que vai de 1988 até 2003.

No processo de levantamento de dados, foi necessária a visita em alguns locais no município de Fortaleza, como: Sede do IBGE; Secretaria de Saúde Estadual – SESA; Secretaria de Saúde do Município; Instituto Médico Legal – IML; Central de Regulação do SAMU/FORTALEZA; Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social -SSPDS; Quartel Central do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará - CBMCE, Unidade Operacional do Grupamento de Socorro de Urgência - GSU e Escola de Saúde Pública do Ceará.

Na segunda, realizou-se uma pesquisa de campo do tipo qualitativa em que se buscou saber a ação do poder público no enfrentamento da mortalidade por causas externas; a importância, as dificuldades, a eficiência e as perspectivas do serviço de atendimento pré-hospitalar público existentes hoje em Fortaleza, no período em estudo. Tudo isso, na opinião dos atuais gestores dessa política pública, destinada a atuar nas emergências envolvendo violências e acidentes.

Na realização dessa fase, os sujeitos escolhidos do processo foram os seguintes gestores públicos: Representante da Secretária de Saúde Estadual – SESA -; Representante da Secretária de Saúde do Município – SMS -; Comandante Geral do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará - CBMCE - e Comandante do Grupamento de Socorro de Urgência - GSU; Diretor do SAMU/FORTALEZA - 192.

Enfim, o trabalho ficou estruturado em 03(três) capítulos, os quais estão descritos a seguir:

No primeiro – “A Saúde Pública e as Causas Externas na Transição Epidemiológica no Século XX” – relatou-se de uma forma geral a transição

epidemiológica na saúde pública no âmbito mundial, brasileiro, e cearense e especificamente àquela voltada para o atendimento pré-hospitalar;

No segundo – “O Serviço de atendimento pré-hospitalar” – analisou-se a importância e a atuação do atendimento pré-hospitalar no enfrentamento das doenças por causas externas;

No terceiro – “O Serviço de Atendimento de Pré-Hospitalar na Visão dos Gestores” – avaliou-se o funcionamento do sistema de atendimento pré-hospitalar no município de Fortaleza sob a visão dos gestores do referido serviço;

CAPÍTULO I - A SAÚDE PÚBLICA E A EVOLUÇÃO DAS CAUSAS EXTERNAS NA TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA NO SÉCULO XX

1.1 – Os Efeitos no Âmbito Mundial

O homem, durante todo o seu processo evolutivo, demonstra ter como uma característica marcante a preocupação em melhorar as condições de vida na sociedade e proporcionar o prolongamento do seu tempo de vida. Esse anseio constante envolve um conjunto de interesses na pesquisa e descoberta dos fatores que possam a vir a ameaçar a manutenção da saúde das pessoas.

Historicamente, existem registros que em virtude do nível do avanço científico do período, eram realizados de maneira isolada sem constituir propriamente um estudo de forma sistemática que objetivasse analisar toda a conjuntura social que o homem correspondente daquela época vivenciava o seu dia-a-dia.

A ausência de uma base científica, para esclarecer os fatos que fugiam a concepção racional das pessoas daquele momento social, levava aos integrantes da sociedade a desenvolver as suas próprias explicações para os acontecimentos. Elas fortaleciam para tanto, as crenças em algo, que poderiam ser ou não oriundas de um plano espiritual, como forma de identificar a natureza de todas as moléstias que ameaçavam a população.

Lyions e Petrucelli¹ (1987; 31) se reportam a era pré-história da seguinte maneira:

“Julgando o que nós conhecemos do dia-a-dia da cultura, religião, mágica e tratamento medicinal primitivo passamos a ver na pré-história como inseparável uma da outra. O mundo sobrenatural tinha eminentemente em

¹ *“Judging from what we know of present-day primitive cultures, religions, magic, and medical treatment were seen in pre-history as inseparable from each other. The supernatural word was immanent in all things, but not all illnesses were thought to be religiously or magically generated.”*

todas as coisas, afetado a saúde deles, vizinhança, e a atividades sociais, mas nem todas as doenças eram vistas como religiosidade ou magicamente generalizado”

Tem-se, ainda, apenas sob o aspecto de registros, não deteriorados pelo tempo, documentos oriundos do Egito nos quais existem informações que já se realizavam procedimentos semelhantes aos dos diagnósticos utilizados no período da atualidade. Dimitrov (2000; 20) ressalta:

“No Egito, a primitiva prática da medicina estava ligada à superstição; mas um documento datado de 1700 a.C. já revela uma concepção bastante adequada do diagnóstico e do tratamento científico”.

O desenvolvimento social nos diversos países do mundo possui características das mais diversas possíveis. No entanto, uma que lhe é comum em todos os povos foi o considerável aumento populacional. Tal situação gera uma série de complicações dentro do campo social, como por exemplo, o do crescimento demasiado das necessidades básicas do ser humano.

Esse cenário leva a diminuição de oportunidades para obtenção de itens e serviços considerados essenciais; como: água potável, alimentos, saúde etc.; tudo utilizado para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, principalmente nos países subdesenvolvidos. Waldman (2000; 11) comenta que:

“O substrato para a melhoria das condições de vida e, em especial, dos indicadores de saúde fundamenta-se na capacidade dos Estados de oferecerem, a todos os cidadãos, acesso às condições básicas de sobrevivência – alimentação, habitação e água – assim como educação, informação, liberdade e oportunidades de ascensão social.”

Diante dessa situação, e mesmo com toda a magnitude de idéias e ações que permearam a trajetória de desenvolvimento humano, o homem não se desvincula da busca por alternativas que lhe proporcione o equilíbrio entre o corpo e a mente, ou seja, o bem-estar de saúde.

Um aspecto do surgimento do interesse em tal assunto sempre foi a convivência social. Rosen (1994; 31) explica que: “Ao longo da história humana, os

maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade”.

A contínua presença de uma relação intrínseca, entre o campo da saúde e o da vida em sociedade, proporcionou, dentro de um contexto de funcionamento do primeiro, condições bem peculiares no que lhe concerne os rumos traçados para a sua aplicabilidade no aspecto teórico e no da prática. No que se refere a esta idéia Nunes (1989; 128) comenta que:

“As práticas no campo da saúde e no da pesquisa, suas relações recíprocas e com a estrutura social, e as categorias que emergem, formando a trama sobre a qual se tece o discurso sobre tais práticas, adquirem sentido com o estudo da totalidade social”.

O estudo da área médica na antiguidade sempre teve como objeto de pesquisa as epidemias que se alastravam pelas mais distintas nações. Ela, como a de todas as outras ciências, teve sua idéia embrionária vinculada ao aspecto religioso e sobrenatural. Particularmente a este raciocínio se acrescenta o pensamento da importância da relação homem como o meio ambiente. Dimitrov (2000; 20) escreveu que:

“Por um longo período, as epidemias foram consideradas resultantes de julgamentos divinos da perversidade humana. Mas, ao mesmo tempo, desenvolveu-se a idéia de causas ligadas ao clima e ao ambiente para as epidemias”.

Observa-se que um outro momento em que a medicina recebe um tratamento diferenciado foi no período da Grécia Clássica. Nela ocorreu pela primeira vez de uma forma sistemática o estudo de diversas doenças. Destaca-se que no mesmo período deste relato viveu Hipócrates, considerado o pai da medicina, cuja obra composta por seus escritos e de seus discípulos foi denominada “Corpo de Hipocrático”.

Ele utilizou uma metodologia racional para montar os seus relatos, por isso sua obra recebeu tanto destaque, embora no Egito já se tivesse de alguma

maneira se buscado usar a racionalidade. Lyons e Petrucelli ²(1987; 215) relatam que:

“As atitudes racionais nos escritos coletados, livre de religiosidade ou explicações sobrenaturais, representam um excelente avanço no desenvolvimento dos estudos da medicina, mas eles somente chegaram após séculos de gradual desenvolvimento. Além disso, igualmente naquelas ilhas onde a religiosidade e a racionalidade estavam sempre juntas, como no Egito, completamente secular, um sistema empírico era também praticado. Todavia, a consistência da aproximação racional mostrado pelo autor Hipocrático e pelo cientista filósofo anterior é excepcional.”

A análise dos campos do saber nessa área científica, ainda na Grécia, era acompanhada por uma visão bem mais ampla. A inserção da filosofia nesse ramo permitia uma discussão maior incluindo a própria relação de harmonia, e desarmonia, do homem com o ambiente se referindo, respectivamente a presença e ausência da saúde. A escrita do livro Ares, Águas e Lugares é a representação do pensamento grego daquela época. Rosen (1989; 37) relata que:

“Os grandes médicos da Grécia eram também filósofos naturais. Eles não tinham como objetivo apenas lidar com os problemas de saúde, mas desejavam também indagar a constituição do universo e entender as relações entre homens e natureza. (...). A crença na harmonia entre homem e ambiente se evidencia no livro Ares, Águas e Lugares (...) o primeiro esforço sistemático para apresentação das relações causais entre fatores do meio físico e doenças (...).”

A estruturação de uma administração na área de saúde pública não foi concretizada no período grego da história. Esta idéia veio florescer após a conquista desse país por Roma. Os conquistadores acrescentaram uma espécie de gerenciamento desse serviço, isto foi considerado como inovador ao leque dos estudos até então vivenciados por aquele povo conquistado.

² *“The rational attitudes in the collected writings, free of religious or supernatural explanations represent a great advance in medical thinking, but they were only arrived at after centuries of gradual development. Furthermore even in those lands where the religious and the rational were closely linked, as in Egypt; wholly secular, empiric systems were also practiced. Yet the consistency of the rational approach shown by the Hippocratic authors and by the philosopher scientists before them is exceptional.”*

Os romanos expandiram a idéia de implantação de hospitais, não somente para os militares, mas também para os civis. Rosen (1989; 46) explica que: “Os romanos realizaram pouco na teoria e prática médica, mas sua contribuição para a organização dos serviços médicos teve muita importância”.

O domínio da civilização romana perdurou até o ano de 476 d.C., quando ocorreu a queda de seu Império no Ocidente, e início do desenvolvimento do Império no Oriente, chamado de Bizantino e posteriormente Constantinopla. Iniciava-se assim a Idade Média, período histórico denominado medieval. Cláudio Vicentino (1999; 107) relata que:

“(...) a expressão Idade Média, (...) indicando unicamente o período compreendido entre os séculos V e XV, que tem início com a queda do Império Romano no Ocidente, em 476, e que se estendeu até a tomada de Constantinopla, em 1453”.

No ocidente, no período medieval, a saúde bem como todo o conjunto de aspectos sociais foi dominado pela Igreja. Sendo ela responsável pela execução dos seus serviços. Isto transcorreu até o acontecimento da Reforma. Desse marco temporal em diante, foi que o Estado passou a ingerir de forma mais atuante. Conforme Singer (1981;17), essa atenção era dada aos órfãos, viúvas, doentes loucos e desocupados.

Analisando-se a evolução no Oriente se percebe que a situação se configurou de uma maneira diferente. Vicentino (1999;155) ressalta que: “Constantinopla passou a ser a capital da parte oriental, concretizando-se a completa autonomia do que restava do grande império latino.”

Outro fato marcante foi o deslocamento do centro cultural para àquela cidade, adiciona-se a essa conjuntura os conhecimentos existentes na área de medicina, inclusive a criação de diversos hospitais. Rosen (1994; 52) afirma que:

“A Roma Oriental, ou Império Bizantino, conservou a tradição de Roma, (...) Com a transferência do centro de cultura para o leste, Bizâncio, ou

Constantinopla, (...) tornou-se também a sede da cultura médica da Europa”.

O aumento das atividades comerciais, o surgimento de novas classes sociais foi alterando as características do período da Europa na Medieval. Neste contexto outros países foram se destacando entre eles Portugal por intermédio de sua posição geográfica, o que permitia a fácil expansão marítima. Vicentino (1999; 181) comenta:

“Assim a descoberta de uma nova rota para as Índias e a possibilidade de adquirir produtos orientais por preços bem mais baratos transformaram-se no principal objetivo do Estado português. Nesse processo de expansão, Lisboa se transformou em um centro comercial importantíssimo, firmando-se como elo fundamental na cadeia de comércio europeu”.

Esse período de desenvolvimento expansionista do reino de Portugal, próximo ao final do século XIV e princípio do século XV, permitiu que se fosse iniciada a realização de uma reforma em todo o modelo assistencialista em vigor à época naquele país da península Ibérica.

No campo da saúde, tal transformação unificou vários hospitais pequenos em dois maiores e se estabeleceu um regimento para administrá-los. O destaque foi a estratégia estabelecida, na qual a própria comunidade o organizaria, claro que sob a supervisão do Estado. Guimarães (1982; 103) explica que:

“Este interregno bastou para que a reforma se consubstanciasse, nos Hospitais de Calda da Rainha (1498 ou 1507) e de Todos os Santos (1504), administrativamente, com a aprovação dos regimentos desses hospitais datados, respectivamente, em 1512 e 1504, e, ideologicamente, com a instituição, em 1498, da Confraria da Misericórdia de Lisboa, pela Rainha Da. Leonor de Lancaster.”

O tempo foi passando e a acumulação de riquezas foi mudando a conjuntura da sociedade mundial, em particular a da Européia. Movimentos culturais e políticos como o Iluminismo, o Renascimento, a Reforma e a Contra-Reforma da Igreja, a Revolução Francesa e a Revolução Industrial constituíram, de

sobremaneira, um grande poder modificador das relações sociais existentes naqueles países até então, influenciando todos os demais continentes, claro que a resposta de cada um foi aos seus respectivos ritmos.

O período de efervescência de idéias, e de imposição ideológica da classe burguesa que se encontrava em ascensão, emanadas pelo movimento cultural conhecido Renascimento também influenciou o campo da saúde pública europeia. A respeito deste assunto Singer (1981; 18) explica que:

“Com a Renascença, a prática de uma medicina leiga ressurgiu, um pouco por toda parte, na Europa. Os médicos exerciam a profissão em moldes liberais e provavelmente atendiam apenas às classes dominantes (exceto os poucos que prestavam cuidados gratuitos aos pobres internados em hospitais). Mas, logo começaram a surgir vozes pregando a necessidade de tornar acessíveis os serviços dos médicos ao conjunto da população. Esta necessidade era justificada em termos de doutrina mercantilista, então a ideologia dominante, que via na população o mais importante dos recursos produtivos de cada nação. Para fazer com que a população crescesse, cumpria reduzir mortalidade, tarefa que cabia à medicina, devidamente amparada pelo Estado”.

Entretanto de todos os movimentos eclodidos na Europa, a Revolução Industrial, desencadeada na Inglaterra na segunda metade do século XVIII, propiciou profundas alterações no modo das relações do poder econômico e social no seu período de implantação e expansão. Destaca-se já a essa época a busca pelas melhorias de saúde, como forma de um direito social, servindo de referência mundial, até mesmo para os dias atuais. Silva e Almeida (2000; 36) destacam que:

“(...) os países europeus avançam um processo macrossocial da maior importância histórica: a Revolução industrial, que produz um tremendo impacto sobre as condições de saúde das suas populações. Com a organização das classes trabalhadoras e o aumento da sua participação política, principalmente nos países que atingiram um maior desenvolvimento das relações produtivas, como Inglaterra, França e Alemanha, rapidamente incorporaram-se temas relacionados à saúde na pauta das reivindicações dos movimentos sociais do período”.

A disputa pelo domínio do poder econômico não ocorreu de forma pacífica. Para a sua efetiva realização ocorreram revoluções em diversos países. Dentro

deste cenário, e juntamente com o aumento das riquezas, houve a oportunidade do surgimento de um novo segmento social, denominado de intelectuais, dentre eles os médicos. Sobre isso, Nunes (1989; 163) explica que: “Os médicos, da mesma forma que os outros intelectuais, incorporam-se às revoluções de 1848 e ajudaram a elaborar a concepção de mundo da burguesia triunfante”.

A influência desse novo processo de produção se alastrou por todos os campos de conhecimento. A medicina, como ciência que é, não ficou isolada das tendências ideológicas apresentadas, levando inclusive a um processo sistemático de mudança de sua prática profissional, sendo reavaliado de maneira profunda os seus conceitos até então trabalhados sobre saúde e doença. Nunes (1989; 163) destaca que: “A Revolução Industrial coloca a medicina ante um novo desafio; manter a força de trabalho. Essa nova tarefa não poderia se realizar sem uma mudança radical da conceituação médica”.

A existência de epidemias, logo após a implantação da Revolução Industrial, preocupava e muito a situação do crescimento econômico do velho continente. Essas doenças não eram limitadas somente as pessoas consideradas pobres, ou seja, toda a sociedade estava sujeita àquela situação. Singer (1981; 21) comenta que:

“Os problemas de saúde suscitados pela Revolução Industrial não afetavam apenas o proletariado, mas também as classes dominantes. (...) Começou a ficar claro para a própria classe dominante que urgia remediar esta situação, criando-se condições mínimas que para que a reprodução da força de trabalho pudesse se dar de modo sistemático e para a capacidade de trabalho dos operários fosse preservada.”

Algumas condições sanitárias e de higiene começaram a levar a comunidade europeia a promover conferências internacionais, visando assim encontrar soluções para esse grave problema, não se restringindo ao campo de atuação médica, mas abrangendo também a área política.

Sobre esses casos excessivos de doenças transmissíveis da época, Lima (2002; 36) comenta que:

“Foi nesse quadro que, em meados do século XIX, tiveram início as Conferências Sanitárias Internacionais, fóruns de debate científico sobre as controvérsias em torno das causas e dos mecanismos de transmissão, e político, uma vez que se tratava de estabelecer normas e procedimentos comuns entre os países que enfrentavam problemas como as epidemias de cólera e de peste bubônica.”

No desenvolvimento dos eixos centrais sobre o tema medicina social o mundo se depara com duas posições distintas e antagônicas. Uma aplicada nos Estados Unidos da América e na Inglaterra e a outra utilizada pelo restante dos países desenvolvidos do continente europeu.

O foco principal estava vinculado à relação de forças para modificar a realidade do quadro de saúde pública. Paim e Almeida (2000; 37) descrevem que na Europa a expectativa era que das revoluções populares resultaria em democracia, justiça e igualdade, ou seja, as transformações da realidade da saúde seriam realizadas por meio da estratégia da participação política. Nos EEUU e na Inglaterra a solução para este problema social reportava-se a uma ação de intervenção do Estado, por meio de um movimento denominado Sanitarismo.

O fortalecimento da indústria na Europa tinha duas necessidades básicas: matéria-prima para manter a produção, e novos mercados para poder escoar a gama de produtos fabricados. Tal conjuntura gerou assim, em nível internacional, uma crescente demanda por relações comerciais entre os países dos diversos continentes, principalmente com os da América. Vicentino (1999,318) relata que:

“Conquistados e colonizados pelos europeus, as Américas exerceram e continuaram exercendo um decisivo papel para o desenvolvimento capitalista ocidental, especialmente com o crescente e volumoso comércio transatlântico (...)”.

A relação comercial existente entre os países da América Latina e o continente industrializado europeu, no período de transição entre os séculos XIX e XX, estava concentrada exclusivamente na exportação de produtos agropecuários, que até então constituíram a força produtiva daqueles.

Concomitantemente, os países latino-americanos, por não possuírem ainda uma boa condição de urbanização das cidades e nem grandes conhecimentos técnicos, estavam sendo vítimas de constantes epidemias decorrentes de doenças transmissíveis; destacando-se a febre amarela e a peste bubônica, entre outras; que se tornavam, na época, como a principal causa de mortalidade.

Economicamente, tal situação crítica era vista como ponto de empecilho para o sistema de comércio exterior, principalmente pela sua forte presença e a possibilidade de proliferação em áreas portuárias, locais que eram considerados porta de entrada e saída de mercadorias em nível internacional.

Este cenário foi propício para o fortalecimento das relações, no aspecto da saúde, principalmente para os Estados Unidos que despontavam mundialmente, já buscando a construção de sua hegemonia sobre o planeta.

Esse contexto geopolítico propiciava um bom relacionamento internacional entre tais nações, o que acarretou por fim em 1902 a criação da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS -, com o nome de Oficina Sanitária Internacional, que embora visasse o campo de saúde, não se restringia apenas a ele. Lima (2002; 25) ressalta que essa organização não era apenas uma das mais antigas organizações na área de saúde, mas sim de cooperação internacional.

O relato da origem desse importante organismo internacional é explicitado por Lima (2002; 48) da seguinte forma:

“Em janeiro de 1902, na cidade do México, realizou-se a segunda Conferência Internacional dos Estados Americanos. Atendendo à recomendação de seu Comitê de Política Sanitária Internacional, a Conferência aprovou a convocação de uma convenção geral de representantes dos organismos sanitários das repúblicas americanas para decidir sobre notificação de enfermidades, o intercâmbio dessa informação entre as repúblicas, a realização de convenções periódicas sobre a matéria e o estabelecimento de uma oficina permanente em Washington para coordenar essa atividade. A primeira Convenção Sanitária Internacional foi realizada em Washington, de 2 a 4 de dezembro de 1902, e criou a Oficina Sanitária Internacional, que funcionou como apêndice do serviço de saúde pública nos EUA.”

Os poderes nacionais, influenciados internacionalmente por uma proposta de agenda comum de saúde, orientados pela OPAS, e internamente sendo pressionados pela força econômica dos detentores do poder, que ao período correspondiam aos agroexportadores, assumiram nessas nações das Américas a responsabilidade pelo combate àquelas doenças, permitindo avanços apenas na pesquisa da área bacteriológica e patológica, como comenta Nunes (1989; 130):

“Assim os países que primeiro criam instituições de pesquisa em saúde na América Latina são também os primeiros em que os agroexportadores haviam obtido o controle do Estado: Argentina, Uruguai, Brasil e Chile”.

No transcorrer do século passado, alguns fatos de cunho mundial modificaram o aspecto geopolítico internacional, inicialmente entre 1914 a 1918 com a Primeira Guerra Mundial, principalmente na Europa. E, posteriormente no período entre 1939 e 1945, com o surgimento da Segunda Guerra Mundial. Neste segundo, destaca-se, inclusive que o povo mais beneficiado economicamente foi o norte-americano.

Terminada a onda catastrófica da grande guerra, as nações perceberam a necessidade da criação de organismos internacionais que procurasse coordená-las em prol de uma busca contínua por uma paz e uma harmonia mundial. Essa linha de pensamento possibilitou que, em 1945, houvesse a criação de uma instituição para essa finalidade, denominada de Organização das Nações Unidas - ONU.

Ainda durante o processo de criação desse órgão internacional, pode-se destacar, entre as autoridades diplomáticas, a presença de um médico brasileiro que expôs sua preocupação com uma área social de grande importância que é a saúde, dentro de uma conjuntura com características de abrangências mundiais.

Nesse intuito, Lima (2002; 69) explica que na realização da Conferência de São Francisco, 1945, na fase de aprovação da Constituição da ONU, o sanitarista Geraldo Paula Souza, juntamente com a delegação da China, identificou a ausência de referências nas questões de higiene e saúde, e lançou a idéia da viabilidade da criação de uma organização internacional de saúde. Tal idéia se concretizou em julho 1946. A Constituição da Organização Mundial da Saúde – OMS -, formada por 61 (sessenta e um) Estados nacionais.

O impacto da sua criação teve grande repercussão neste campo científico, pois a OMS possuía recursos de maior monta, conseqüentemente sua influência era realizada de maneira incisiva nas demais entidades existentes. Lima (2002; 70) ressalta que a própria OPAS, que já tinha quase meio século de existência, se viu na necessidade de realizar acordos, que finalizaram por transformá-la em 1948 na Oficina Regional para as Américas, entretanto sem perda de sua identidade.

A OMS iniciou suas atividades apresentando uma denotação bem diferente do termo *SAÚDE*. Expandiu e não se limitou a idéia de ser ela apenas a ausência de doenças, mas o envolvimento de um conjunto de condições sociais do ser humano, como as econômicas, as históricas, entre outras. Podemos observar isto através do relato de Dallari (1995; 19):

“A saúde, reconhecida como direito humano, passou a ser objeto da Organização Mundial de Saúde (OMS) que no preâmbulo de sua Constituição (1946) assim a conceituou: ‘Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos’.”

No ano de 1978 por iniciativa do órgão mundial relacionado com a saúde mundial, realizou-se em Alma-Ata, capital de uma antiga república soviética –

Cazaquistão, uma conferência com a presença de representante de 134 governos e 67 organizações especializadas das nações unidas. Visava-se discutir a atenção primária à saúde, posição essa que deveria ser aceita e implantada por todas as nações do globo pondo-se em prática o projeto lançado em 1977 pela OMS, identificado como “Saúde para Todos em 2000”.

Essa reunião além de ratificar o conceito atualizado de saúde, sua declaração ampliou mais ainda, conforme se vê em seu item I, In Verbis (1979; 05):

“A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde – estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade – é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor de saúde.”

Saúde é um tema muito eclético. Ele reúne características de diversos segmentos de estudo. Entre vários dos que se destacam dois pontos são de grande importância e também de divergências, que é o campo econômico e o campo social. Essa relação, considerada bem intrínseca, tornou-se ainda mais intensificada com o fortalecimento do capitalismo mundial através da era da indústria.

O olhar voltado para o bem-estar físico e mental dos cidadãos, nem sempre foi visto como um direito social pela classe dominante. Tal situação representava outros interesses, como obtenção de melhores lucros e aumento da competitividade, buscando, assim, manter de forma contínua e crescente a melhoria da produtividade, conforme expõem Kliksberg (2002; 64):

“Ao mesmo tempo, o investimento em saúde oferece um dos maiores retornos possíveis, uma vez que significa fortalecer o capital humano da sociedade, como se enfatizou, base da produtividade, e o progresso tecnológico e a competitividade. Sem uma base firme em matéria de saúde, os objetivos de crescimento educativo da população antes examinados não terão possibilidade de se materializar. (...) A saúde é um elemento de competitividade empresarial. As empresas com pessoal mais saudável terão menor absenteísmo e maior produtividade.”

O movimento global detentor dessa visão promoveu reuniões de representantes de diversos Estados Nacionais, em países e anos distintos. Nelas, debatiam-se as atuais e futuras condições de saúde da população tanto das nações consideradas ricas, como também daquelas reconhecidamente pobres.

As reuniões sempre tinham a sua realização concretizada pela Organização Mundial da Saúde. Eram conhecidas como Conferência Internacional Sobre Promoção de Saúde. Elas marcaram uma evolução de conceitos no campo desse tipo de política pública, principalmente a inclusão de uma maior participação da comunidade no processo de tomada de decisões.

Os assuntos colocados em discussão representavam as mudanças do cenário mundial decorrida desde do encontro anterior e as perspectivas de implantação dos antigos e novos objetivos, registrando-se tudo em declarações internacionais, e tidas como compromisso assumido por todos que ali se faziam presentes, e reconheciam a necessidade de melhorias.

Ferreira e Buss (2000; 10) explicam que a partir da Declaração de Alma-Ata, 1978, as ações de promoção de saúde se fortaleceram partindo do cuidados primários de saúde, que possui um enfoque intersetorial, passando pelo maior participação da sociedade e chegando até saúde ambiental, esta elaborada com políticas saudáveis. Embora eles reconheçam que ainda está lento o processo da colocação em prática de todos os compromissos assumidos.

O processo desencadeado nesses encontros mundiais, ao longo de quase 30 anos, colocou alguns temas em evidência para o debate internacional na área da saúde. Ferreira e Buss (2000; 11) citam como exemplos: a equidade, descentralização, empoderamento da sociedade, a preservação do meio ambiente, sustentabilidade social, entre outros.

Todas as Conferências Internacionais tiveram sua importância. Cada uma delas contribuiu de uma maneira particularizada no objetivo de Promoção de Saúde no mundo. Entretanto, aqui se destaca uma, que foi a segunda a ser realizada. Ela aconteceu na cidade de Adelaide na Austrália no ano de 1988.

Na Declaração de Adelaide, Segundo Ferreira e Buss (2000; 28), destacou-se, ao todo, 04 (quatro) áreas, consideradas prioritárias para atuação em políticas públicas saudáveis:

- Apoio à saúde da mulher: principais promotoras de saúde em todo o mundo;
- Alimentação e nutrição: Eliminação da fome e da má-nutrição tornaram-se objetivos principais das políticas públicas voltadas à saúde;
- Tabaco e álcool: O uso de ambos constituem dois grandes riscos à saúde;
- Criando ambientes saudáveis: Manutenção de recursos naturais através de estratégias ecológicas.

A problemática das desigualdades na sociedade contemporânea, em termos de direitos a serviços públicos, não se limita apenas a ações ligadas ao aspecto social. A resposta a sua alta demanda de necessidades envolve também o caráter econômico, por isso a implantação de alternativas para melhorar a qualidade de vida exige, por conseguinte, um bom planejamento governamental.

A década de 80 marcou um período de crise mundial. Os países subdesenvolvidos, como os da América Latina, sofreram de maneira forte o impacto, acarretando o endividamento externo junto com organismos internacionais, atingindo diretamente, de uma maneira negativa, a elaboração e execução das políticas públicas voltadas para elevar as condições sociais.

A necessidade de recursos financeiros, para investimentos em seus territórios, leva os países considerados subdesenvolvidos a recorrerem a ajuda

internacional. Que normalmente se realizam por meio de órgãos como o Banco mundial e o Fundo Monetário Internacional - FMI.

Entretanto, para a realização de acordo bilateral, como esse, entre nações, envolvendo elevadas quantias monetárias, existe um protocolo nos quais os negociadores internacionais estabelecem determinadas condições para ofertar tal apoio. Regras essas que exigem posicionamento rígido no controle e ajuste nos gastos fiscais dos governos nacionais, essencialmente na redução da atuação estatal na manutenção e criação de serviços prestados à sociedade.

O ponto destacado anteriormente correlaciona o aspecto das prioridades governamentais, ou seja, a atuação mais para o campo social ou o econômico. Lima (2002; 96) comenta que:

“Na América Latina, os efeitos da crise financeira, somados à exploração da crise da dívida externa, levaram a um reforço do modelo que vinha sendo aplicado em alguns países desde meados da década anterior pelo Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o governo americano, no chamado “Consenso de Washington”. Nesse modelo está a proposta de ajuste estrutural, segundo a qual as mudanças deveriam ocorrer através de políticas liberalizantes, privatizantes e de mercado, ou seja, centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização de empresas públicas e na redução da intervenção do Estado na oferta de bens e serviços de natureza social.”

A saúde, dentro de um contexto econômico definido pelo Consenso de Washington, faz parte do leque dos serviços públicos que deve ter os seus gastos limitados e direcionados principalmente aos impossibilitados de responder ao mercado. Para isto, os agentes financeiros internacionais utilizaram-se dos órgãos mundiais ligado à citada área. Lima (2002; 97) explica que:

“Durante o período, o Banco Mundial e o FMI passaram a formular e difundir uma agenda para a saúde baseada nesses novos princípios. O modo de difusão dessa agenda entre os organismos de cooperação internacional e a diversidade das respostas que vem suscitando não são suficientemente conhecidos e mereceriam análise mais aprofundada”.

Na América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS -, entidade que desde sua origem desenvolvia projetos voltados para saúde pública não concordava totalmente com essa idéia. Nesse período, lançou um documento de grande importância chamado “Saúde Pública nas Américas”. Segundo Lima (2002; 98), o referencial dele era voltado para a unificação desse conceito, e ao mesmo tempo o seu fortalecimento nos países da América. Destacava ainda a redefinição do papel do Estado e a descentralização política. Esta que teve incremento, no ano de 1988, por meio do desenvolvimento e consolidação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS).

A análise dentro de uma agenda de saúde pública envolve a percepção e o acompanhamento de diversos pontos críticos. Destaca-se àqueles correlacionados com estatísticas envolvendo assuntos como expectativa de vida e mortalidade. Eles sempre causaram o interesse das nações desde a antiguidade. Cairns³ (1997; 04) explica o seguinte:

“Coletânea de estatísticas vitais tem sido preocupação de governantes e governos desde o começo do registro da história, porque o tamanho da população determina a amplitude em armas que podem ser mobilizadas e o quanto em dinheiro pode ser arrecadado com impostos.”

Aprofundando-se uma forma mais minuciosa no aspecto característico referente ao registro dos principais fatores de mortalidade, que ocorrem no mundo, pode se observar que existe uma variação no tocante a tipicidade das principais causas ao longo do contexto histórico da sociedade.

Essa mudança sistemática relacionada aos motivos causadores de óbitos na humanidade se desenrola em decorrência das próprias modificações sociais

³ *“Collections of vital statistics has been preoccupation of rulers and governments since the beginning of recorded history, because the size popultion determines how large an army can be mobilized and how much money can be raised in taxes.”*

correspondentes à sua época. No campo de estudo da saúde pública isto é considerado como sendo uma transição epidemiológica.

Situando-se no período que engloba o início do século passado em relação ao deste, nota-se uma grande transformação no quadro epidemiológico. A causa que se figurava em primeiro lugar, as doenças infecciosas, perdeu este posicionamento em virtude dos avanços das doenças correlacionadas ao momento da atualidade, cita-se, por exemplo, os agravos à saúde determinada por acidentes e violências; os cânceres e as cardíacas.

Diversas foram as causas que mudaram a tendência deste perfil no âmbito mundial. Ressaltam-se como pontos positivos: os avanços tecnológicos, que permitiram aumentar a expectativa de vida; o aumento da parcela urbana da sociedade; a industrialização; entre outros. Já nos negativos se tem a manutenção da má distribuição de rendas contribuindo para o aumento das desigualdades sociais. Alves (2000; 11) comenta que:

“Por sua vez, a transição epidemiológica caracteriza-se pela diminuição expressiva da mortalidade infantil, em boa parte resultante do declínio também acentuado da morbimortalidade por doenças infecciosas, especialmente das diarreias; pela significativa elevação das taxas de doenças crônica-degenerativas, particularmente das cardiovasculares e do câncer e também da violência (Bobadilla et al. 1993; Granf et al. 1989)”.

Essa nova realidade vivenciada no cenário da saúde mundial está provocando reações dos organismos internacionais ligados ao assunto. Isto é influenciado porque essa tendência não se limita a países ditos ricos ou os considerados pobres, ou seja, ela está presente na sociedade moderna.

Nesse momento cronológico, o aspecto epidemiológico mundial tinha nas doenças transmissíveis um grande foco de atenção. Entretanto outras causas começam a despertar a atenção dos pesquisadores no tocante a mortalidade, entre elas àquela oriunda dos agravos à saúde denominada causas externas.

Minayo e Souza (1999; 08) explicam que a violência veio a ser considerada efetivamente como uma preocupação a partir na década de 60, por meio de uma especialidade bem específica, a pediatria. Tal fato se deu em virtude do estudo e do diagnóstico da chamada síndrome do bebê espancado e, posteriormente, com a violência de gênero por meio de movimentos feministas.

A Organização Mundial de Saúde colocou essa temática em seu foco de discussão, chegando inclusive a se tornar o tema do Dia Mundial de Saúde na Campanha de 1993 com o slogan: Prevenção de Acidente e Traumatismo. Souza (1996;02) destaca que:

“O crescimento em nível mundial do fenômeno da violência, nos últimos anos levou a Organização Mundial de Saúde, na década de 90, a adotar o tema como prioritário para a agenda de saúde”.

No ano seguinte, os dirigentes da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS -, preocupados com essa conjuntura nas Américas, juntamente com a OMS e apoiada por entidades ligadas tanto ao bem-estar social, como a UNICEF; como também ligadas à área econômica, como o Banco Interamericano de Desenvolvimento – BIRD; promoveram em 1994, em Washington D. C., um evento denominado *Inter-American Conference on Society, Violence and Health* (Conferência Inter-Americana sobre Sociedade, Violência e Saúde).

Enfim o resultado desse encontro foi que a OPAS (1996; 59) elaborou uma sobre todos os assuntos discutidos. Nela se reconhece a gravidade da realidade conforme se demonstra a seguir através de alguns trechos dela⁴:

“Essa violência constitui a mais séria ameaça para a paz, segurança e a consolidação da democracia na Região das Américas, (...)”

⁴ “That violence constitutes a most serious threat to peace and security and to the consolidation of democracy in the Region of the Americas, (...)” That violence exacts an enormous economic toll on society, generates growing expenditures for health and security and decreases productivity; (...)”

Essa violência exige enormes tributos econômicos da sociedade, crescendo despesa para saúde, segurança e decréscimo de produtividade, (...)”.

Tratar do assunto de violência e seus efeitos dentro do campo da saúde é algo de grande complexidade. Até mesmo a sua própria definição exige uma grande variedade de conhecimentos distintos. Minayo e Souza (1999; 10) destacam que a sua própria conceituação é difícil de se fazer, em virtude dela ser oriunda de relação pessoal, político ou social, em outros momentos está correlacionada interações sociais e até culturais.

O crescimento da morbi-mortalidade por causa de acidentes e violência, representada como agravo à saúde, continuou a causar um impacto considerável no quadro epidemiológico mundial. Tal realidade gerou tanta preocupação que acabou por provocar o seu retorno como tema na Assembléia Mundial da OMS em 1996, mais precisamente a 49^a (quadragésima nona) reunião.

Durante a realização dessa conferência, elaborou-se uma resolução com o tema “Prevenindo a violência; uma prioridade da saúde pública”. Ela recebeu a seguinte codificação WHA49.25, e consta no relatório da OMS (2002; xx). No seu contexto ela ressalta que a violência é um dos principais problemas mundiais de saúde pública e todos os países devem procurar soluções e desenvolvam programas de prevenção.

O fato de a violência possuir um conjunto de características próprias e conseqüentemente o seu campo de pesquisa não se limitar a da área médica, questiona-se se ele pode ser enfrentado como outra doença qualquer. A OMS (2002; 03) defende a idéia de que esse agravo à saúde pode ser evitado e seu impacto minimizado, por meio dos esforços em saúde pública. Assim como se pode evitar e reduzir tantos outros tipos de problema como doenças infecciosas, resultantes de água ou alimentos contaminados ou ainda lesões ocupacionais.

Todas as causas de mortalidade decorrentes de violência e acidentes, que são consideradas agravos à saúde, estão sob um único capítulo no rol de doenças relacionadas na Classificação Internacional de Doenças – CID10 (1996; 89). Ressaltava-se que dentro dessa simbologia adotada recebe o nome de Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, figurando-se no capítulo XX.

Tais causas estão assim relacionadas: acidentes de transporte, quedas, afogamentos e submersão acidentalmente, exposição ao fumo, ao fogo e às chamas, envenenamento intoxicações exposição nocivas, lesões auto-provocadas voluntariamente, agressões e todas as outras causas externas.

A idéia de atuar de maneira preventiva nas diversas tipicidades caracterizadas neste capítulo XX da CID10 é a forma recomendada aos estados membros da OMS (2002; 15). Este organismo internacional descreve que os gestores da saúde pública de cada país desenvolvam ações por meio de intervenções, sendo elas caracterizadas em 03 (três) níveis de prevenção: primário, secundário e terciário.

No contexto descrito anteriormente, surge no nível secundário de prevenção, ou seja, àquele que tem como foco as respostas imediatas à violência, a sugestão de implantação de diversos serviços para o enfrentamento da morbimortalidade por causas externas, entre eles está o atendimento pré-hospitalar.

1.2 – A Realidade Brasileira

Diante do cenário mundial, os fatos brasileiros relacionados ao campo da saúde só vieram a ser considerado a partir no século XVI. Isto em decorrência da sua inserção ter acontecida como um marco do processo expansionista do mercantilismo no Velho Mundo.

Oficialmente os primeiros visitantes, e por conseqüência natural, os colonizadores eram oriundos da Europa, e era um povo que buscava expandir seu reino através das grandes viagens marítimas. Eles vinham da península Ibérica: os portugueses.

Os habitantes aqui encontrados possuíam um estilo de vida próprio adaptado ao seu habitat, com sua cultura e suas crenças. Eles foram chamados de índios. Os nativos possuíam uma boa saúde e uma maneira bem peculiar de compreender os problemas relacionados às doenças.

Eles tinham a visão que os males que surgiam fossem algo oriundo do campo espiritual. No entanto, também os combatiam utilizando-se das diversas propriedades terapêuticas da vasta flora aqui encontrada. Santos Filho (1991; 114) explica que:

“(...) A terapêutica visava obviar, por processos mágicos, a maléfica ação dos entes superiores, maus, socorrendo-se ainda de elementos dos três reinos da natureza, notadamente o vegetal. O médico-feiticeiro guardava a soma de conhecimentos empíricos obtidos, através de gerações dos efeitos de plantas medicinais nativas”.

O processo da ocupação brasileira foi iniciado logo após a chegada daqueles novos desbravadores. Tendo como sua atividade econômica principal a extração do pau-brasil, abundante na costa marítima. Naquela época, não existia uma divisão geopolítica da região recém-invadida.

Posteriormente por intermédio das Capitânicas Hereditárias, implantado em 1534, deu-se exploração da cana-de-açúcar, que se transformou em um pólo industrial de produção do açúcar, tornando-se o principal produto de exportação, atingindo reconhecimento mundial. Prado Júnior (1983; 32) explica que:

“Já se conhecia bastante do Brasil para esperar que nele a cana-de-açúcar dar-se-ia bem. (...) Foi o caso, (...), na planície litorânea hoje ocupada pelo

Estado de Pernambuco, e do contorno da baía de Todos os Santos (o Recôncavo Baiano, (...).”

A chegada dos colonizadores modificou a realidade social, inclui-se também o quadro da saúde da “nova terra”, pois com eles vieram juntamente às diversas epidemias de doenças infecciosas características de sua região natal. Dimitrov (2000; 23) comenta que:

“Nesse período, podemos destacar a ocorrência das doenças pestilenciais trazidos pelos navegantes. Em 1561 é descrita a varíola, que chega de navio de Portugal para Ilhéus, e se dissemina entre a população litorânea do Maranhão, Paraíba do Norte, Pernambuco, Bahia e Rio de Janeiro”.

A estrutura organizacional montada para o enfrentamento dos problemas de saúde pública, apresentados pela colônia, seguiu o mesmo padrão do adotado pela Metrópole. Acrescentando-se a essa conjuntura a realidade de que, aqui, as dimensões territoriais brasileiras possuíam características proporcionais a de um continente, ocasionando dessa forma diversas dificuldades para a execução da prestação de alguma espécie de serviço na área médica.

Nesse período, 02 (dois) fatos, praticamente concomitante, marcaram o momento na área da assistência aos doentes. O primeiro foi o papel decisivo que teve a Igreja Católica para a considerada Nova Terra, que se deu por intermédio das missões coordenadas por Jesuítas, mas precisamente no ano de 1549. Eles tinham por finalidade catequizar os indígenas. Entretanto, findou por colaborar com o aspecto da saúde local.

O segundo foi a formação das Irmandades das Misericórdias, que como em Portugal, tinham como missão caritativa ajudar os enfermos pobres. No seu texto, Guimarães (1982; 104) comenta que:

“(...) o modelo assistencial foi aquele decretado pelo Regimento, em razão do que a criação das primeiras vilas se fazia acompanhar da instituição das

respectivas misericórdias. (...) A extensão territorial, a escassez de recursos – em particular a de pessoal habilitado – e a diversidade de objetivos propiciaram e exigiram que as formas para assistir a população se desdobrassem. Como decorrência da catequese e do serviço da Igreja Católica, surgiu a medicina dos jesuítas”.

A presença dos Jesuítas no Brasil, por mais de dois séculos, até 1759, promoveu não só alterações no campo religioso, mas envolveu toda uma transformação no campo social da colônia portuguesa. Destaca-se nesse caso a saúde, que inclusive propiciou uma maior aproximação entre os religiosos e os silvícolas. Santos Filho (1991; 117) comenta que:

“Gigantesca foi a ação do jesuíta no Brasil. Em sua penetração da Bahia para o Norte, para o Sul e para o interior, aldeou o indígena, doutrinou ‘o corumim’, ensinou ofícios manuais e proporcionou assistência médica. Esta, aliás, foi uma das mais poderosas armas usadas na catequese. Através dela os padres captaram a simpatia e a confiança do selvagem, confundiram os artiosos pajés e redimiram milhares de moribundos, batizando in extremis.”

Na realidade, o grande interesse dos portugueses nestas terras era encontrar metais preciosos. O início do ciclo do ouro no século XVIII, na cidade de Vila Rica (hoje Ouro Preto) levou a atenção da Coroa lusitana para aquela região, que posteriormente seria denominado Região Sudeste.

Essa transição no aspecto econômico impulsionou a economia e o povoamento desta região, começando daí o empobrecimento e despovoamento das demais. Cita-se como exemplo a área que viria ser identificada como Nordeste. Prado Júnior (1983; 56) explica que a mineração conseguiu concentrar a atenção de Portugal por quase todo o século, o que acabou de levar o empobrecimento e despovoamento das demais.

Findando o período da mineração surgiu, concomitante, naquela região o plantio da nova estrela da economia brasileira, a produção de café, com destaque o Estado de São Paulo. Esse novo produto da agricultura se tornou a principal fonte de

recursos oriundos da exportação. Concretizou-se, então, por vez o desenvolvimento daquela área em relação ao restante do país.

O poder econômico nacional tinha criado raízes tão fortes com aquele centro comercial que mesmo no auge do declínio financeiro, ocasionado pela quebra da bolsa de Nova York em 1929, os detentores das tomadas de decisões permaneceram naquele território e transferiram sua atenção para a indústria. Conseqüentemente isto acarretou a concentração do poder político, cultural e tecnológico configurando a atual realidade das diferenças regionais.

Os principais focos de atuação estatal que caracterizava o seu envolvimento no campo da saúde pública, no intervalo temporal transcorrido dos primórdios da chegada da família real em 1808 no Rio de Janeiro até a proclamação da república em 1889, foram às epidemias.

Especificando-se mais as doenças, a hanseníase recebeu uma atenção especial, na época era conhecida como lepra. Essa atenção foi contemplada por meio da construção de lazaretos. Depois se voltou para o problema da saúde mental, principalmente através das Santas Casas. Somente em 1852, ocorreu a construção do primeiro hospício e por fim o combate à tuberculose. Guimarães (1982; 105) explica que devido a mudança da corte portuguesa para o Brasil, acarretou inicialmente atenção às doenças contagiosas e posteriormente aos problemas de saúde mental e tuberculose.

O despertar dos governantes brasileiros para uma realidade com problemas de saúde pública sempre se relaciona com problemas envolvendo a classe dominante. Lima (2002; 39) comenta que:

“O impacto da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, de 1849 a 1850, alterou sensivelmente essa imagem pública. O fato de ter feito vítimas fatais na elite favoreceu a compreensão do quadro sanitário do

Brasil como um problema científico e político importante, ampliando a repercussão das polêmicas médica sobre o assunto.”

No final do século XIX, ocorre a mudança da forma de governo no Brasil, em que ele deixa de ser uma monarquia e passa a ser uma república. No entanto, os problemas de ordem social continuam, e no campo da saúde pública as características do perfil epidemiológico no aspecto das causas de mortalidade continuam as mesmas que vinham provocando a atenção governamental.

O problema marcante desse período, em amplitude nacional, na área de saúde pública, era a pouca presença do poder estatal, implicando uma forte presença do aspecto privado. Lyda (1994; 35) explica que:

“Constata-se, portanto, que mesmo na República, apesar do quadro de morbidade e de alta mortalidade, as questões de Saúde Pública eram tratadas como área não específica, e seus recursos, destinados à assistência médico-hospitalar ou outras. As doenças e suas conseqüências são solucionadas, predominantemente, fora do âmbito público, em nível privado, pelas famílias e entidades filantrópicas, estas mantidas pelas contribuições de proprietários rurais e ou auxílios e subvenções governamentais”.

Ainda, nessa época, a existência das epidemias ocasionadas por doenças transmissíveis como febre amarela, varíola, entre outras, preocupava a classe econômica dominante cuja influência era grande no governo federal.

A preocupação com esse problema de saúde pública era contínua. Isto decorria em virtude de ser a exportação de produtos agrícolas, ressalta-se que o produto de grande ênfase da época era o café. Este mercado era considerado o eixo principal da atividade econômica vivenciada pelo país naquele período.

A persistência de uma realidade negativa para o país poderia afugentar os representantes da comunidade estrangeira interessados em relações comerciais com o Brasil. Nunes (1989; 132) comenta que:

“No Brasil, o desenvolvimento da pesquisa representa outro exemplo da vinculação da atividade em saúde com a estrutura social. (...) Desde 1899, São Paulo era um centro importante de produção cafeeira, repercutindo sobre a administração estatal, a qual deveria modernizar-se para adequar-se à nova situação econômica”.

Os portos brasileiros serviam de portão de entrada e saída para as mercadorias negociadas, caracterizando assim o comércio internacional do país. Os serviços de embarque dos produtos eram realizados por intermédio de navios que poderiam ser oriundos de qualquer lugar do mundo, conseqüentemente gerava um alto fluxo de pessoas nestes locais que poderiam ser portadores em potencial das enfermidades que se desejavam combater.

A ação de intervenção nesses locais foi imposta por pressões internacionais, Lyda (1994; 36) relata:

“Entre 1898 e 1910, ocorrem, no Brasil, as primeiras campanhas sanitárias nos principais portos brasileiros (Santos, Rio de Janeiro, Recife), integrando-se a um vasto programa de saneamento marítimo em nível mundial e sob imposição do imperialismo internacional”.

A formação do aspecto sanitário no estado paulistano, se expandiu por todo o Brasil, sofreu grande influência oriunda dos Estados Unidos da América. A esse respeito Lyda (1994, 52) comenta que: “(...) a burocracia sanitária, do Estado de São Paulo, em constituição, recebera seu treinamento basicamente sob influência americana desde os seus primórdios e, (...)”.

Nas primeiras décadas do século XX, embora ainda existisse a hegemonia agroexportadora, ocorreu o surgimento das primeiras indústrias brasileiras. Modificou-se assim o perfil social das grandes cidades. A assistência médica foi aos poucos se interagindo com a previdência social, vinculada apenas aos trabalhadores formalmente inseridos em empresas.

O processo foi se concretizando e desvinculando, assim, as suas atribuições destinadas ao governo. Isto foi institucionalizado pela Lei Eloy Chaves de 1923, que criou a Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs. Cohn (2002; 15) explica:

“A partir de então inicia-se uma primeira dicotomia no interior da saúde pública: o enfoque eminentemente curativo frente ao enfoque eminentemente preventivo. Os preceitos da saúde pública respondem às medidas de caráter coletivo, em particular as campanhas sanitárias – combate à febre amarela, varíola, por exemplo – que tanta celeuma provocaram desde o início do século. Já às classes assalariadas (...), passam a ser destinados serviços médicos prestados pelas CAPs, que por vez compravam serviços médicos do setor privado através do mecanismo de credenciamento médico.”

O progresso estrutural do setor privado vai se consolidando em preterição à área pública em todo o território brasileiro, caracterizando a total ausência do processo de universalização e equidade de serviços de saúde pública, incrementando as iniquidades sociais.

Esta prática foi se concretizando pelo próprio estilo de política adotada pelas CAPs e posteriormente pela criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensão – IAPs, que foi semelhante ao sistema das caixas, diferenciando-se no aspecto da unificação, em nível nacional, dos trabalhadores, devidamente divididos por categorias profissionais.

Os institutos foram criados em 1930 com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder central do país. Tal estrutura perdurou até 1966, quando pela intervenção militar no governo houve a unificação dos IAPs, transformando-se todos institutos em um só, conhecido como Instituto Nacional de Previdência Social – INPS.

O mecanismo de impulsão do privado sobre o público funcionava porque em vez do governo investir na própria estrutura para fortalecer o atendimento médico

a todos, ele optava por credenciar instituições de cunho privado, com ou sem fins lucrativos, para executar as tarefas necessárias. Nicz (1982; 168) explica que:

“(…), nasce o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), produto da fusão dos IAPs, e sob forte influência dos técnicos do maior deles, o IAPI. Estes técnicos, de tendência abertamente privatizantes, criam as condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do “complexo médico-industrial”, características marcante do período”.

Conforme Pereira (2000; 131), a esfera pública do setor da saúde foi se montando de uma maneira gradativa ao decorrer de todo o século XX, pois era vista de maneira dispensável, em que focava, principalmente, o mercado. Apesar disso, foram criados órgãos como o Ministério da Saúde, do trabalho entre outros. Na década de 1940, conseguiu-se alguns avanços, cita-se a inclusão dos aspectos sociais feito pela primeira vez por um presidente da república em um planejamento governamental denominado SALTE (Saúde, Alimentação, Transporte e Energia).

Na visão de Pereira (2000; 133), no início da década de 1960, o Brasil enfrentava grandes atropelos de ordem social. João Goulart assumiu a presidência do país, após a renúncia de Jânio Quadros, mergulhado em sérios problemas financeiros. Pouco pode fazer para reverter o quadro negativo. Na saúde, o Serviço Especial de Saúde foi transformado em fundação e se criou um novo código sanitário.

O ano de 1964 foi para a nação brasileira um momento de grande tensão social. Os militares assumem o governo federal por meio de um golpe de estado, logo em seguida implantam uma ditadura que veio a perdurar por duas décadas. O estilo de administrar era voltado para uma gestão burocrática com extremas características de controle e centralização das decisões.

Na área da assistência no campo da saúde, logo se percebeu essa forma bem peculiar deles comandarem a nação. Ocorreu uma canalização do planejamento focada na esfera federal. Alcântara e Costa (1992; 20) explicam que:

“A partir de 1964, a concentração de recursos públicos nas mãos da união empobreceu os estados e municípios que, progressivamente, reduziram seus gastos com assistência à saúde, ao mesmo tempo em que crescia a demanda por esses serviços”.

A estrutura formada no gerenciamento do Estado brasileiro, no período pós-golpe de 1964, envolveu alguns planos estratégicos de ação, todos sempre voltados essencialmente para o campo econômico. No aspecto da saúde, Potyara (2000; 133) explica que foi através do I Plano Nacional de Desenvolvimento – I PND - que se criou a Central de Medicamentos (CEME), mas sua política social visava mais a iniciativa privada. No II PND, no governo Geisel tentou melhorar tomando medidas voltadas para a saúde do Nordeste como: A Ação Sanitária do Nordeste, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste (PIASS), entre outros. No entanto, o período militar fechou o seu ciclo com o presidente Figueiredo assumindo posturas de corte de gastos sociais de maneira radical.

Destaca-se ainda, nessa conjuntura, a atuação do presidente general Ernesto Geisel, que na busca de organizar os serviços de saúde no Brasil, sancionou no ano de 1975 a Lei nº 6.299 (1975). Este instrumento legal trazia descrito no seu Art. 1º: “O complexo de serviços, do setor público e do setor privado, voltado para as ações de interesse da saúde, constitui o Sistema Nacional de Saúde, constituído e disciplinado nos termos desta lei, (...)”.

A formalização do sistema de saúde por intermédio da aprovação de uma lei, não foi o suficiente para garantir os efeitos positivos esperados para a época. Alcântara e Lustosa (1992; 21) ressaltam que:

“A criação de um Sistema Nacional de Saúde, em 1975, é uma primeira tentativa de buscar essa coordenação. Entretanto, a própria concepção de sistema, dentro da perspectiva tecnocrática que estabelecia um centro – governo federal, órgão central, unidade normativa – e uma periferia a ele referenciada – órgãos setoriais ou seccionais, governos estaduais e municipais, entidades executoras, favorecia a centralização. Embora esse modelo já trouxesse referências explícitas aos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, nada foi feito nessa direção. Na verdade, o Sistema Nacional da Saúde era apenas um instrumento descritivo, pois mantinha tudo o que existia”.

Nessa época foi se constituindo no Brasil uma fase de novos pensamentos na área médica. Os problemas desse campo começaram a serem analisados como uma questão social, mesmo diante de situação de ditadura que vivia o país, o que gerou a história do Movimento Sanitarista Brasileiro. Escorel (1999; 19) descreve que no auge da ditadura brasileira começou-se a se ver os problemas dentro de uma concepção médico-social, proporcionando a formação de sanitarista no Brasil.

O fim da década de 1970 e o início da de 1980 vieram acompanhadas de uma crise econômica, no setor da saúde, em virtude do grande aumento de seus gastos junto a iniciativa privada. A situação chegou ao ponto que o Poder Público teve que expor tal quadro a toda nação. Nicz (1982; 170) cita que:

“1981 é o ano em que o Governo finalmente assume a situação de insolvência da Previdência Social. Entre afirmações discrepantes sobre o exato momento do déficit e suas causas (assistência médica para o Ministério do Planejamento, aumento dos percentuais de aposentadoria para o Ministério da Previdência, surgem as soluções para ‘tapar o buraco’ (ou ‘rombo’, segundo alguns)”.

A União, em contra-partida, toma posicionamento racionais de controle de gastos e os primeiros passos para a descentralização do serviço de saúde, dividindo a responsabilidade com os Estados e os Municípios. Embora essa idéia tenha entrado em discussão naquele momento, sua origem remonta à década de 50. Luz (2001; 17) explica que:

“O projeto de descentralização em saúde, no Brasil nos anos cinquenta, é retomado, em termos de política pública, no início da década de 80, com a

crise das políticas sociais do Estado militar autoritário, que teve a duração de duas décadas”.

Legalmente o governo decidiu instituir com o intuito de melhorar o gerenciamento do sistema, respectivamente, as AIH (Autorizações de Internações Hospitalares) e as AIS (Ações Integradas de Saúde). Cohn (2001; 46) relata que:

“As AIHs permitem maior controle sobre o setor privado, (...). já as AIS institucionalizam um novo padrão de relação entre a previdência social e os setores públicos de saúde – estadual e municipal – (...)

A possibilidade de criação de convênios entre as três esferas governamentais – União, Estado e Município -, por intermédio da AIS, propiciou um momento adequado para o início da descentralização dos serviços de saúde, objetivando a sua universalização e equidade em relação ao atendimento da população. Isso convergiu para a criação, em 1987, do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde - SUDS, como comenta Cohn (2001; 47):

“De qualquer forma, o avanço dos debates sobre a saúde consolida a proposta da descentralização como única alternativa para constituição de um sistema de saúde adequado às reais necessidades da população, viabilizando uma universalização e equidade (...) É nesse contexto que emerge a proposta do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (...)”

Nesse período, os gestores da saúde pública começam a ter em mãos um outro problema que ascenderia bastante ao longo dos anos seguintes, pois o campo epidemiológico da mortalidade vai assumindo outros aspectos. Os agravos classificados como causas externas passam a figurar de maneira mais incisiva no número de mortes.

Essa realidade não era uma exclusividade da sociedade brasileira, Minayo e Souza (1999; 09) relatam que:

“Em toda sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, é na década de 80 que o tema da violência entra com maior vigor na agenda de debates e no campo programático da saúde, tendendo a se consolidar nos anos 90”.

No ano de 1986, ocorre a 8ª Conferência Nacional da Saúde, cujo tema versava sobre a reformulação sanitária brasileira. Os debates e as idéias apresentados ganharam bastante força em toda sociedade, em decorrência dos seus cunhos sociais. Vazin (1998; 20) ressalta que as propostas surgidas sobre o tema em questão visavam atender às necessidades da população sobre aquele ponto. No que se refere aos efeitos positivos desse evento. Dimitrov (2000,29) relata: “Esse relatório serve de base para a elaboração da constituição de 1988”.

O anseio do povo brasileiro por melhores condições sociais recebeu um grande apoio quando, oficialmente, foi inserida em sua Carta Magna a contextualização explícita da igualdade de direitos ao acesso dos serviços de saúde para todos os cidadãos, conforme seu Art. 196 (2001; 97), In Verbis:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Atualmente no Brasil, o setor social da Saúde é organizado através de uma estrutura hierarquizada em níveis de complexidade crescente e descentralizada, em que engloba tanto as instituições públicas, do segmento citado, como as privadas, com ou sem fins lucrativos, contratadas ou conveniadas. Como afirmam Kadt e Tasca (1993; 48): “Pela primeira vez no Brasil, a equidade e a descentralização são claramente definidas, respectivamente, como uma prioridade e como uma estratégia na política de saúde”.

O Estado Nacional possui a responsabilidade de promover o bem-estar social de todos os brasileiros, nesse intuito se busca dentro dos mais diversos setores sociais atuar de uma maneira que proporcione ações de cunho de

universalização de direitos e equidade no acesso aos serviços colocados à disposição da sociedade.

O instrumento utilizado para tal realização são as políticas públicas. Cruz Neto e Moreira (1999;35) explicam:

“Instância onipresente na vida de todos os cidadãos e um país, o Estado, em suas diferentes estruturas e poderes, torna-se responsável direto pelo estabelecimento e desenvolvimento das condições de vida de uma população. Direitos básicos dos indivíduos como o acesso à alimentação, educação, e saúde são por eles influenciados, definidos e implementados. Seu instrumento de atuação são as políticas públicas que desenvolve. para tal ele se utiliza de políticas públicas, como é o caso da saúde, realizado por meio da implantação do sistema descentralizado e unificado é algo que envolve uma gama enorme de variáveis.”

No caso da saúde brasileira, o poder estatal parte do amparo da legislação para tentar obter esses aspectos de benefícios sociais, um exemplo foi a implantação do sistema descentralizado e unificado, que ainda é algo complexo, pois envolve uma gama enorme de variáveis.

Todo a estrutura administrativa voltada para o setor da saúde é coordenada de uma forma integrada através de um sistema denominado de Sistema Único de Saúde – SUS -, definido na CF/88 e com sua estrutura entrando em funcionamento pela Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde -LOS.

A busca da equidade e da universalidade nos serviços de saúde, dentro de um contexto social passa inicialmente pela descentralização das ações para que o poder das decisões fique mais próximo do usuário do sistema. Conforme descrito no arcabouço jurídico relacionado com essa área social: a Constituição Federal de 1988, no seu título da Ordem Social e a LOS.

Nele, a União repassará para os demais níveis da esfera pública – Estado e Municípios - recursos e responsabilidades de atuação na saúde, claro que de forma hierarquizada. Ficando os governos estaduais mais com as ações macros e os municipais com a execução dos serviços propriamente dito.

O processo ficou conhecido como *municipalização da saúde*. Entretanto, ele não foi implantado totalmente ainda, conforme explica Elias (2001; 113):

“No entanto, foram necessários quase cinco anos da vigência da Constituição e três da LOS para que o governo federal desse passos mais firmes na implementação da descentralização, procedimento este conhecido como “Municipalização da Saúde”. O instrumento para alavancar esse processo foi a Norma Operacional Básica, SUS 01/93 (NOB), aprovada pela Portaria nº 545 do Ministério da Saúde.”

É interessante salientar que no planejamento de desenvolvimento de políticas públicas, como no da área de saúde, leve-a em consideração parâmetros, critérios e metodologias bem específicos que possam permitir o devido acompanhamento e avaliação da eficiência, da eficácia e da efetividade social no alcance dos seus objetivos. Merhy (1995;128) explica sobre a importância do planejamento:

“(...) o planejamento como instrumento / atividade de ação governamental para a produção de políticas, tem-se apresentado como tecnologia de gestão de políticas, e como tal aparece, tanto no que se refere à construção de política públicas com a ação estatal. (...)”.

A realização de um planejamento estratégico na área da saúde pública exige a utilização de alguns instrumentos norteadores. Dentro da especificidade desse campo se tem o estudo epidemiológico sobre a mortalidade de uma determinada região, seja ela um país, um estado ou um município.

O quadro I evidencia a situação da relação das principais causas de mortalidade acontecidas no Brasil, compreendidos no período dos anos de 1980 e

2002. Ele vem informando de maneira individual, ou seja, por causa o número bruto de óbitos e o seu respectivo percentual dentro do universo total de mortes. As informações foram obtidas no endereço eletrônico do Datasus do Ministério da Saúde (2005):

QUADRO I – Principais Causas de Mortalidade no Brasil – 1980 / 2002

CAUSAS DE MORTALIDADE	BRASIL							
	1980		1990		2000		2002 (*)	
	Nº DE ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO	Nº DE ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO	Nº DE ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO	Nº DE ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO
DOENÇAS DO CORAÇÃO	189.215	25,20	229.699	28,10	260.603	27,53	267.496	27,22
SINTOMAS SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	161.246	21,47	148.475	18,17	135.749	14,34	134.176	13,65
DOENÇAS INFECCIOSAS	69.553	9,26	41.676	5,10	44.515	4,70	45.175	4,60
CAUSAS EXTERNAS	70.212	9,35	100656	12,31	118.397	12,51	126550	12,88
TOTAL	750.727		817.284		946.686		982.807	

Fonte: Ministério da Saúde - DATASUS

(*) – Os dados utilizados foram do ano de 2002, em virtude das informações relativas ao ano de 2003, no período da pesquisa ainda estavam sendo compilados.

Análise do quadro I, dos quatro principais fatores de mortalidade, percebe-se que ao longo período de 1980 a 2002, no Brasil, aconteceu uma constante variação de forma ascendente do número de mortes por causas externas. Sua variação percentual foi cerca de 3,50 percentuais. O que lhe gerou ao final do intervalo temporal um aumento de cerca de 38,00%.

Esse valor dos agravos à saúde se torna bastante representativo e gerador de preocupação no desenvolvimento de políticas públicas. Isto decorre em virtude do

fato de que das 03(três) outras principais causas de mortalidade, 02(duas) tiveram um declínio na frequência de ocorrência, e somente 01(uma) teve também um aumento no seu percentual de ocorrência que foi as doenças do coração, mas este valor foi bem inferior chegando a ser apenas em torno de 8,00%.

Esse cenário proporcionou bastante preocupação aos governantes brasileiros. Conseqüentemente, gerou toda uma influência no planejamento governamental na área de política públicas para a saúde. Sobre esse foco, Mendes (1999; 22) comenta que:

“À agenda tradicional da saúde pública vem juntar-se uma nova agenda, compondo um quadro epidemiológico de extrema complexidade. O Brasil é bem retratado da acumulação epidemiológica: mais de 56% da mortalidade já se deve a doenças do aparelho circulatório e causas externas; permanecem doenças infecciosas e desnutrição; ressurgem o dengue e a cólera e cresce a Aids.”

No campo das políticas da década de 90, é lançado pelo Ministério da Saúde o Plano Quinquenal de Saúde 1990/95 – A Saúde do Brasil Novo, que segundo Vanzin e Nery (1998; 21), teve como objetivo operacionalizar o SUS nos Estados e Municípios, dentro do aspecto da Constituição Federal. Ele traçava ações específicas nelas se incluindo as atividades correlacionadas com os acidentes e as violências. No entanto, os municípios reclamavam a não destinação de recursos financeiros para o mesmo.

O período dos anos noventa também é marcado por sérias crises financeiras, monitoradas por órgãos internacionais como o FMI e o Banco Mundial, além de um movimento de ordem mundial denominado globalização. Isto levou a adoção de uma postura neoliberal na economia brasileira. Iniciada com a ascensão de Fernando Collor de Melo ao poder, e sendo continuidade efetivada com os mandatos eleitorais seguidos de Fernando Henrique Cardoso.

Segundo Luz (2001; 19), essa ideologia neoliberal pressupõe que o papel do Estado seja o mínimo possível, repassando atividades essenciais à sociedade, como saúde e educação, sejam repassados às mãos da iniciativa privada, filantrópicas ou voluntárias, sob a forma de “participação” e “parceria”, gerando o enfraquecimento do setor público, muitas vezes por corte de verbas.

No entanto, mesmo diante desse quadro no início dos anos noventa, mas precisamente em 1991, incluiu-se na agenda dos programas sociais a preocupação com os agravos à saúde, ocasionado pela violência, o Governo Federal implantou o Programa de Enfretamento às Urgências e Traumas, conforme endereço eletrônico do Ministério da Saúde (2002) que visava assim o atendimento a essa dessa situação crítica.

Esse citado programa no ano seguinte recebeu uma nova denominação, passou a ser chamado de Programa de Enfrentamento de Desastres. Entretanto, seguindo a visão neoliberal, não conseguiu prosperar em virtude de um pequeno orçamento para desenvolver suas atividades, só vindo a melhorar após a Constituição de 1988.

Ainda no ano de 1991, Vanzin e Nery (1998; 25) relatam que aconteceu um grande evento na área de saúde pública que movimentou a área médica brasileira, foi a IX Conferência Nacional de Saúde. Ela se estratificou nos vários níveis da esfera do poder público (Município, Estados e União). Nas discussões efetuadas durante a conferência se diagnosticou vários indicadores de saúde que representava desrespeito à vida, entre eles o elevado número de mortes por causas externas, principalmente no trânsito.

No final da década de 1990, segundo Minayo e Souza (1999; 20), ocorreu uma pressão social de entidades e movimentos ligados ao tema da violência. O Ministério da Saúde - MS por meio de um Comitê Técnico Científico – CTC - ligado ao Grupo Técnico para Acidentes e Violências da Secretaria de Políticas de Saúde

formulou um projeto de política para atuar na prevenção e atenção aos acidentes e violência.

Essa proposta elaborada pelo MS inclui diversas ações a serem realizadas por vários segmentos sociais. Na área específica da saúde, define o atendimento pré-hospitalar como parte integrante da ação governamental. Ressaltando a formação de recursos humanos para exercer sua normalização, chegando até a implantação e ampliação desse tipo de serviço de emergência.

No princípio do ano de 2000, o Brasil teve, através do governo de Fernando Henrique Cardoso, a implantação de um grande número de programas que se volta para a área de saúde. Deste grupo, ao todo 37 (trinta e sete), destaca-se apenas 02 (dois), o programa Salve e o programa Pare, que direcionavam seu foco de atuação nas doenças classificadas como causas externas. Na sua aplicação prática teve como uma de suas metas a obtenção da redução do número de vítimas fatais nos acidentes de trânsito. Utilizando, respectivamente, como estratégias a melhoria na malha rodoviária nacional e campanha educativa.

A efervescência da discussão sobre a descentralização da saúde, durante os anos oitenta, propiciou no campo médico da emergência e da urgência a criação de serviços públicos de atendimento pré-hospitalar em várias unidades da federação. Eles foram criados dentro de uma conjuntura de integração entre os diversos setores públicos no âmbito estadual.

Naquela época, surgiu então a interdisciplinaridade e a articulação intersetorial entre as Secretarias Estaduais de Saúde e os Corpos de Bombeiros, ambos pertencentes ao Estado. Nacionalmente, o primeiro a se manifestar e implantar esse novo serviço público foi o governo fluminense. A entidade definida como responsável para atuar nesta área foi o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, hoje denominada Secretaria de Defesa Civil, conforme o endereço eletrônico da própria instituição (2005).

A iniciativa foi inovadora e demonstrou boa aceitação junto a população, além de uma elevada demanda. Posteriormente, outros estados seguiram a mesma idéia, sempre ficando com a responsabilidade das corporações de bombeiros correspondentes. Cita-se como exemplo o Estado de São Paulo, de acordo com o endereço eletrônico da Polícia Militar de São Paulo (2005), com o Grupo de Resgate, também do Corpo de Bombeiros da Polícia Militar. O Ceará começou a se estruturar em 1988, somente no ano de 1989 houve a implantação em Fortaleza.

Até então o Governo Federal, através dos gestores do Ministério da Saúde, não havia se manifestado em termos de saúde pública direcionada essencialmente para esse problema epidemiológico. Embora em termos de efeito negativo na sociedade, essa situação já vinha apresentando uma variação ascendente considerável, chegando a se tornar uma das principais causas de óbitos registrados no Brasil, durante os últimos vinte anos.

No ano de 2001, o Ministério da Saúde efetivou o projeto de prevenção elaborado pelo CTC e aprovou a Portaria nº 737/GM, de 16 de maio do citado ano (2001). Instituído assim, formalmente no Brasil, a primeira política pública de saúde, exclusivamente voltada para redução de morbi-mortalidade por acidentes e violências, demonstrando assim o despertar para a gravidade deste problema. Ela foi designada de Política Nacional da Diminuição da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências.

No ano seguinte, a equipe do Ministério da Saúde vendo o crescimento da demanda pelo serviço de atendimento pré-hospitalar e, ao mesmo tempo, a sobrecarga sobre ele, visou fortalecer a hierarquização e a descentralização da questão da saúde, criando o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, pela Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002 (2004; 43).

Já no primeiro ano do governo do presidente Luis Inácio Lula da Silva, o órgão maior na área da saúde no país proporcionou a implantação de uma outra

política pública voltada para este tema das doenças por causas externas, tendo como base de referência àquela em vigência desde 2001.

O lançamento desse projeto foi formalmente legalizado através da Portaria nº 1.863/GM 29 de setembro de 2003 (2004; 07). Ele recebeu a denominação Política Nacional Atenção à Urgência. A sua implantação já foi totalmente vinculada ao processo de municipalização da saúde, ficando sobre a responsabilidade das prefeituras de se organizarem e montarem seus serviços de acordo com a densidade demográfica da localidade.

Analisando-se a real necessidade da sociedade para o enfrentamento dos casos de urgência, os planejadores do Ministério da Saúde perceberam a baixa cobertura populacional e a importância do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, como um componente de grande valia no ato de arrostar esse agravo à saúde pública em todo território nacional.

Partindo dessa idéia o Governo Federal decidiu - em nível federal, mas sob a responsabilidade municipal – incrementar a política adotada do combate à violência e acidentes através da inclusão desse serviço especializado, através da Portaria nº 1.864, datada de 29 de setembro de 2003 (2004; 13).

A função macro de organizar o sistema de saúde no país levou a esfera governamental da União a estabelecer regras de articulações para a implantação das políticas públicas neste campo social específico. No ano de 2003, o Ministério da Saúde instituiu o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, conforme Portaria GM nº 2072, de 30 de outubro de 2003 (2004; 37).

1.3 – A Situação da Saúde Pública Cearense

Diferenciando um pouco do restante do Brasil, a capitania hereditária chamada “Siará Grande” – hoje o Estado do Ceará – teve a sua colonização, apenas cem anos após a chegada dos primeiros portugueses a este país tropical, e somente sendo efetivada a sua ocupação por uma extrema necessidade de proteção militar

contra invasões de outros países, quando foi usada como base de apoio para enfrentar a invasão francesa no Maranhão.

O desinteresse por essas terras tinha como causas principais: a falta de atrativos econômicos e o alto grau de hostilidade sempre demonstrado pelos silvícolas que aqui habitavam. Farias (1997; 14) relata que:

“O Ceará não dispunha de ouro ou prata, não servia para plantio em larga escala de cana-de-açúcar, não tinha especiarias e suas riquezas (âmbar, algodão, nativo, pau-violetas, macacos e papagaios) não despertavam, com intensidade, a cobiça da metrópole (...). Dessa forma, em 1603, houve a primeira tentativa oficial de ocupação de Ceará, com o açoriano Pero Coelho de Sousa (...).”

O desenvolvimento econômico do período colonial ficou bastante centrado na costa nordestina, mas precisamente em Pernambuco. Sua fonte essencial de progresso era a agricultura da cana-de-açúcar, quando não havia condições do seu plantio os fazendeiros eram forçados a optar por outra alternativa.

Segundo Andrade (1986; 59), a diversificação das atividades produtivas só se realizava para a criação de gado quando as condições climáticas eram desfavoráveis ao plantio canavieiro, como nos casos dos tabuleiros litorâneos e das caatingas. E tal atividade era para suprir as necessidades da citada atividade econômica.

A visão econômica dos colonizadores portugueses estava voltada exclusivamente para o cultivo da cana-de-açúcar e a produção açucareira. O Ceará, como não possuía as condições naturais favoráveis a essa atividade, ficou à margem desse processo evolutivo. A ele ficou a opção da pecuária para dar suporte de funcionamento a estrutura canavieira, através de fornecimento de alimentação.

Essa realidade social refletiu de maneira drástica também no campo da saúde. No entanto, a presença em solo cearense da Companhia de Jesus, os jesuítas, como no restante do país, foi de suma importância para buscar melhorar as condições de vida dos colonos dessa Capitania Hereditária.

Os jesuítas, ao chegarem numa colônia, montavam uma Irmandade para caridade, e através dela criava-se a instituição denominada Santa Casa. No Ceará, em virtude da realidade da vida da colônia, os padres encontraram grandes dificuldades para realizar tal tarefa. Leal (1978; 115) explica que a primeira iniciativa da criação partiu dos padres Luís Figueira e Francisco Pinto em 1697. Em 1706 estava acontecendo questão de litígio sobre demarcação de terras, depois surgiram problemas de localização com a capitania do Maranhão, só vindo inaugurar o hospício em 1727, em Aquirás.

Já a partir dos meados do século XVII, tem-se o início do interesse internacional por outro produto da agricultura, o algodão. Essa importância dada no comércio internacional decorria da utilização do mesmo como matéria-prima para a indústria têxtil, que vinha se expandindo mundialmente, em decorrência da Revolução Industrial eclodida na Europa, mais precisamente na Inglaterra.

As características do clima semi-árido nordestino era um ambiente propício para o cultivo do tipo de algodão usado para a essa insipiente indústria europeia. Nesse período, ocorreu um certo desenvolvimento econômico nas localidades que não participavam do ciclo da cana-de-açúcar.

Inserido nesse contexto climático o Ceará foi beneficiado nessa nova perspectiva de crescimento. Sobre esse aspecto Oliveira (1993; 46) explana o seguinte:

“O ‘Nordeste’ agrário não-açucareiro começará a ser redefinido completamente pela entrada em cena de outro ator: o algodão. Como

seqüela da Revolução Industrial, e principalmente, do avanço da indústria têxtil inglesa, A demanda mundial de algodão começa a crescer exponencialmente. O nordeste semi-árido é ecologicamente propício à produção de algodão de fibra longa, (...). Inclusive na brecha propiciada pela eclosão da Guerra de Secessão norte-americana, a cultura do algodão no Nordeste experimentará sensível avanço, sobretudo nos Estados do Maranhão e do Ceará.”

Este princípio de progresso em solo cearense não se refletiu em melhorias das condições sociais de uma forma geral da sua população, refletindo no setor da saúde. Conforme Leal (1978; 89), as condições climáticas continuavam a apresentar quadro cíclico de secas e no campo da medicina permanecia sem modificações, tendo apenas a atuação do cirurgião-mor com conhecimentos obsoletos e perigosos.

A instauração da república no Brasil no final do século XIX levou ao insipiente poder estatal cearense a se submeter o domínio da oligarquia dos Accioly's. Este governo ficou conhecido em decorrências dos altos desvios de verbas públicas. Farias (1997; 125) comenta que:

“Pedro Augusto Borges chegava ao poder com o objetivo de desmascarar e liquidar politicamente Accioly. (...) Não foi difícil encontrar várias evidências de fraude, desvio de verbas públicas, nepotismo e corrupção”.

A falta de uma atuação governamental eficiente para resolver as necessidades essenciais da população era algo explícito. A ausência de políticas sociais eficazes era comum para o período. Na saúde, por exemplo, existia uma total ineficiência no combate às epidemias infecciosas que ocorriam na época. Tendo como fato de maior gravidade a perseguição, exercida, pelo governador Nogueira Accioly, ao farmacêutico Rodolfo Teófilo.

A força de vontade e o voluntariado de Teófilo permitiram a extinção total da varíola no Ceará. Tornou-se inclusive um diferencial no Brasil, já que existiam outros estados, como São Paulo, que mesmo tendo todo apoio federal não conseguiram êxito, pois conforme Barbosa (1994; 73), o fracasso de Oswaldo Cruz

no combate à varíola no estado paulista levantava questionamento sobre a justeza e eficácia de uma prática sanitária autoritária utilizado naquele momento.

A sociedade cearense vendo esse contexto de descaso governamental se inquieta e começa a se organizar politicamente com diversos movimentos. Chegando ao ponto em que o próprio governador, Nogueira Accioly, ao ver aquela situação tão crítica, teve que ceder e pedir sua renúncia ao cargo em 24 de janeiro de 1912.

Esse entusiasmo social fez com que os médicos, esta categoria de profissionais liberais politicamente ativos em todo o mundo, se unissem e formassem o Centro Médico Cearense, em 1913. Barbosa (1994; 80) explica que a fundação desse instituo foi um marco na saúde pública do Ceará, pois propiciou debates sobre problemas regionais da área médica, bem como fortaleceu a atuação dos médicos com formação em universidades brasileiras.

O interesse por outras fontes de riqueza como a exportação do café e, por conseguinte, a incipiente indústria nacional acarretou o aparecimento de inúmeras divergências regionais e por conseqüência o desenvolvimento de maneira desequilibrada dos Estados brasileiros.

O final da década de 1930 foi repleta de grandes fatos, tanto internacional como nacional. A queda da bolsa de valores de Nova York e a revolução que permitiu a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, promoveu na época uma grande movimentação política-econômica no Brasil.

O Ceará também estava passando por problemas de ordem política. Isto acabou por acarretar a mudança do cargo de governador. Já no aspecto social foi beneficiado com imposição de políticas de saúde, já que nada existia nesse aspecto para os estados nordestinos.

Segundo Barbosa (1994; 109), em 1933, o médico sanitário Dr. Amílcar Barca de Pelon, convidado pelo Interventor estadual Carneiro de Mendonça e apoiado pelos assistentes técnicos do Departamento Nacional de Saúde, promoveu profundas alterações no quadro da saúde pública cearense tomando medidas do tipo: cidades e municípios dividido em Distritos Sanitários, criação de um serviço de vigilância epidemiológica, serviço de imunização permanente e a criação do Departamento Estadual de Saúde em 1939.

Ressalta-se, que o Ceará está incluído nos limites territoriais da Região Nordeste. Esta divisão regional começou a ser analisada como ela o é hoje, a partir da década de 1940. Andrade (1986; 22) explica:

“Em 1941, porém o Conselho Nacional de Geografia, por intermédio do geógrafo Fábio de Macedo Soares Guimarães, fez uma classificação a fim de ser usada nos trabalhos, e por esta classificação, o Nordeste passou a estender-se desde o Maranhão até Alagoas.”

No entanto, o planejamento estatal em prol do Nordeste só veio a acontecer na década de 1950. Sua base de orientação era a política desenvolvimentista do presidente Juscelino Kubitschek. Iniciou-se uma preocupação em amenizar esse quadro social crítico nas unidades da federação pertencente àquela região, por meio da implantação da Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste – SUDENE.

Esse fato possibilitou ao seu primeiro superintendente, Celso Furtado, a elaborar um estudo detalhado da estrutura social do Nordeste brasileiro, ou seja, uma verdadeira radiografia. Conforme Andrade (1993; 39), esse trabalho de pesquisa ressalta que o problema central do subdesenvolvimento social estava vinculado a questões sociais, cuja solução seria realizada por meio de uma política reformadora.

Os trabalhos de atuação da SUDENE buscavam diminuir as desigualdades sociais vividas pela população nordestina. Dentro deste foco sua seção incluía

planos nos mais diversos segmentos econômicos. No entanto, fazia parte do seu planejamento global o aspecto dos serviços prestados pelo poder público, por exemplo, a saúde. Sobre essa área social, Andrade (1993; 47) destaca que na área rural o serviço de abastecimento de água melhorou algumas condições e na urbana ocorreu a abertura de alguns hospitais, maternidades e ambulatórios.

A Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste, juntamente com o Banco do Nordeste do Brasil – BNB - e outros órgãos afins, juntaram-se na Bahia, e montou uma equipe de técnicos para avaliar a situação social dos nordestinos, no período que se inicia pós-revolução de 64 e vai até os primeiros anos da década de 1980. Os trabalhos foram realizados entre os anos de 1983 e 1984, seus resultados - análises, diretrizes e estratégias – transformaram em publicações denominadas Série Projeto Nordeste.

O relatório que envolvia o assunto saúde pública, embora tenha sido desfavorável à qualidade de gerenciamento dos órgãos patrocinadores, SUDENE e BNB, foi publicado. No seu documento, a SUDENE (1984; 303) destaca, que na área de saúde não ocorreu o efeito positivo na melhoria do quadro epidemiológico e sanitário da população urbana, e nem da rural em todos os estados. Face, inclusive, da evolução do detrimento da melhoria do setor público em relação ao setor privado, como foi realizado na forma de administração dos recursos financeiros utilizados pelos órgãos da saúde, conforme a Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (1984; 318).

O ano de 1986 marcou a transição democrática no Brasil. Um presidente civil assume a presidência do país após 20 anos de ditadura militar. Renovam-se as esperanças populares no aspecto do desenvolvimento social. Nesse assunto, uma área nacional que sempre sofreu sérios problemas foi a Região Nordeste.

Buscando-se dirimir tais dificuldades, o presidente José Sarney, um nordestino, montou em 1986 um plano para amenizar essa situação e proporcionar o

desenvolvimento socioeconômico nordestino. Ele criou o Primeiro Plano de Desenvolvimento do Nordeste da Nova República pela Lei nº 7.499, de 25 de junho do corrente ano (1986). O plano contemplava várias áreas sociais, entre elas, o campo específico da saúde. Suas diretrizes englobavam vários pontos, destaca-se a prioridade à promoção de saúde, à prevenção de doenças e a outros agravos, além de centrar no controle de doenças transmissíveis e atenção especial às mulheres e às crianças, fortalecer a ação da sociedade e de órgão como a CEME.

Na tentativa de operacionalizar essa política em prol da região nordestina, o Ministério do Interior e a SUDENE elaboraram em 1987 o Plano Trienal de Desenvolvimento do Nordeste - PTDN – 1988 a 1990 (1988; 60). Ele possuía 03 (três) linhas de programação de ação: os Prioritários; os Setoriais e os Técnicos – Instrumentais. O quadro da saúde pública estava vinculado ao terceiro tipo de programa, denominado técnico-instrumental. No aspecto da promoção da saúde, o PTDN (1980; 186); visava atuar na assistência médica e hospitalar, melhoria das condições rurais, controle de doenças transmissíveis, suplementação alimentar e saúde do trabalhador.

No âmbito estadual, observam-se algumas mudanças, principalmente as de caráter político. Elas culminaram no período da transição governamental. Isso permitiu a ascensão de um grupo de empresários, oriundos da organização chamada Centro Industrial Cearense, ao cargo de governador.

A vitória eleitoral marcou o rompimento da era dos Coronéis na conjuntura do poder estatal cearense, com a vitória do Sr. Tasso Ribeiro Jereissati. Abu-El-Haj. Jawdat (2002; 83) comenta que:

“No dia 12 de abril de 1986, o empresário Tasso Jereissati é lançado como candidato a da Coligação Pró-Mudanças, reunindo o PMDB, PCB, PCdoB e o PDC contra Adauto Bezerra, vice-governador e um dos três coronéis que dividiam o domínio da política cearense desde 1964. No dia 15 de novembro, o Ceará elege Tasso Jereissati (...), assinalando o início de uma época de profundas mudanças política e sociais no Estado.”

O setor da saúde possuía um foco de atenção especial pelo grupo de pessoas que passaram a governar. Seus representantes eram afinados com o movimento sanitarista, em que buscaram, como estratégia inicial, o convênio com o Ministério da Saúde, com a finalidade de atingir a universalidade e descentralização no setor. Silva (2000; 13) explica que:

“No Ceará, o ano de 1987 marcou o início do processo de reforma no setor da Saúde, através da assinatura de convênio entre o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) para a implantação do então Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

O empenho nesse projeto, aliado ao apoio engajado do movimento sanitarista local, permitiu realizar um trabalho diferenciado, inclusive com prêmios no exterior. Segundo Abu-El-Haj (2002; 29), a partir de 1987, o movimento sanitário assumiu a saúde pública no Ceará, o que possibilitou ao longo de uma década melhorar a sistemática de intervenção institucional e proporcionar avanços em relação à implantação do SUS. Essa medida foi de tanta valia que houve a continuidade política, e acima de tudo, a manutenção do projeto sanitário.

A inovação permitiu também ao governo cearense receber apoio de Organismos Internacionais para a montagem, no final da década de 80, dos primeiros Silos. Estes considerados na América latina como símbolo da descentralização das tomadas de decisões no campo social da saúde pública. Sobre isto Silva (2000; 15) afirma que tal atuação iniciou em 1989 com o apoio da Organização Pan-americana de Saúde – OPAS -, mas efetivado, definitivamente, no plano de Desenvolvimento Institucional da Secretaria Estadual de Saúde em 1992.

No transcorrer da sucessão de gestores da Secretaria Estadual de Saúde – SESA -, após 1986, a preocupação de efetivar o processo de municipalização da saúde foi uma constante. Essa disposição administrativa pode ser considerada como inovadora, tendo em vista a obrigatoriedade dessa ação só ter sido imposta com a promulgação da Lei Federal nº 8080 – Lei Orgânica da Saúde.

As ações iniciadas na saúde pública com ascensão ao poder estatal do governador Tasso Jereissati, apoiado pelo movimento sanitário cearense, e seguindo o padrão internacional de promoção de saúde, modelo defendido pela OMS, levaram o Ceará a ser reconhecido mundialmente no ano de 1993, recebendo o Prêmio Maurício Patê – UNICEF. Este prêmio foi devido ao bom desempenho nas políticas públicas no campo social, em virtude, principalmente, da diminuição considerável da mortalidade infantil.

Entretanto, outras causas de mortalidade vinham crescendo no Estado. Ressalta-se que não era uma característica restrita desta Unidade da Federação. Observa-se isso através da situação epidemiológica no Ceará no intervalo temporal dos últimos vinte anos do século XX, conforme quadro II:

QUADRO II – Principais Causas de Mortalidade no Ceará – 1980 / 2002

CAUSAS DE MORTALIDADE	CEARÁ							
	1980		1990		2000		2002 (*)	
	Nº ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO	Nº ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO	Nº ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO	Nº ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO
DOENÇAS DO CORAÇÃO	7.282	40,41	9.811	44,38	6.781	20,15	8.365	21,35
SINTOMAS SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	2.716	15,07	3.917	17,72	7.866	23,38	9.971	24,45
DOENÇAS INFECCIOSAS	2.715	15,06	1.138	5,15	1.737	5,16	2.008	5,13
CAUSAS EXTERNAS	1.508	8,37	2.017	9,12	3.941	11,71	4.480	11,44
TOTAL	18.019		22.106		33.641		39.172	

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

(*) – Os dados utilizados foram do ano de 2002, em virtude das informações, relativo ao ano de 2003, no período da pesquisa ainda estavam sendo compilados.

Focando-se no aspecto situacional relativo ao tópico agravo à saúde em decorrência de violência e acidentes, retratado no quadro acima sob a denominação de causas externas, percebe-se que no estado cearense a porcentagem de mortos por esse motivo sofreu, seguindo uma tendência nacional, um aumento contínuo de seus índices.

O valor estatístico alcançado por essa causa de mortalidade, levou-a ocupar a terceira posição na relação dos principais fatores desencadeadores de óbitos estaduais desde o início da década de 1980 até o ano de 2002. Isso resultou numa variação percentual crescente em torno de 37,00%, com uma modificação de 8,37%, em 1980, a 11,44%, no ano de 2002.

No ano de 1988, a SESA tomou uma decisão inovadora e importante, dentro do contexto de saúde pública da Região Nordeste, ou melhor, dentro do cenário nacional, que foi de implantar no Ceará, mas precisamente em sua capital, um serviço de prevenção em nível secundário, que era o atendimento pré-hospitalar, para atuar em casos de acidentes e violências em via pública.

Ele seria realizado pelo Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará. Formalizou-se então um convênio, e a citada Secretaria forneceu, para a Corporação: profissionais médicos, estrutura física, equipamentos e viaturas, além de capacitação técnica aos seus componentes que iriam atuar diretamente na prestação de socorro.

Um dos estudos a ser elaborado a cerca do assunto de saúde pública foi realizado pelo Departamento de Epidemiologia em 1997 da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (1997). A violência foi retratada de uma forma ampla; publicou-se o quadro epidemiológico referente ao período de 1990 – 1995, com as análises correspondentes; os efeitos negativos sobre o aspecto social do Estado; definiram-se algumas propostas de intervenção como parcerias com os mais diversos órgãos

afins com a tarefa, o seu aprimoramento na vigilância epidemiológica, a melhoria na qualidade das informações, entre outras.

A visão acentuada da gestão municipalizada da saúde no âmbito do Ceará promoveu, dentro do município de Fortaleza, um ambiente propício para que houvesse a criação de um serviço de atendimento pré-hospitalar planejado e executado diretamente pela Prefeitura da capital alencarina.

Isto ocorreu no ano de 1992, o sistema implantado passou a ser denominado de SOS-FORTALEZA, recebendo solicitações inicialmente de casos clínicos e de residência, passando posteriormente a incluir na sua rotina diária o atendimento emergencial em via pública, como o realizado pelo Corpo de Bombeiros. Tudo isso por intermédio de uma central de recebimento de chamadas telefônicas, cujo número determinado foi o 192.

No ano de 1996, o governo federal voltou a sua atenção aos estados da região Nordeste. Implantou o programa denominado II - Projeto Nordeste – PNE - (1996), cuja duração se deu ao longo de 05(cinco) anos. Novamente os recursos foram oriundos de um empréstimo do Banco Mundial. No entanto, desta vez, houve a inclusão de mais Estados: Sergipe, Pernambuco, Paraíba, Maranhão, Bahia, Alagoas e finalmente o Ceará.

Igualmente às estratégias traçadas no I-PNE e os macros objetivos do II-PNE na área de saúde ficavam ligados a 03 (três) temas: o Atendimento integral a saúde da mulher, da criança, e do adolescente; Controle de doenças transmissíveis e a Assistência ambulatorial e médico-hospitalar. Nele constava: ações de gestão administrativa; capacitação dos recursos humanos; aperfeiçoamento dos sistemas de comunicação, educação e informação, além da construção de hospitais, postos de saúde e aquisição de móveis, máquinas e instrumentos.

Novamente o trabalho específico de prevenção e intervenção nos casos de morbi-mortalidade por causas externas não foi contemplado de maneira direta e atuante nas cidades que constituem essa região. Fortaleza nesse período já

possuía a peculiaridade de ter um serviço público atuante na área social praticado por dois entes governamentais – Estado e Município.

A cidade de Fortaleza possui o seu quadro epidemiológico, no indicador mortalidade, muito semelhante com as duas últimas décadas, tanto em âmbito nacional, como o estadual. O seu quadro demonstrativo das principais causas de óbitos é visto no quadro III:

QUADRO III – Principais Causas de Mortalidade em Fortaleza – 1980 / 2002

CAUSAS DE MORTALIDADE	FORTALEZA							
	1980		1990		2000		2002 (*)	
	Nº ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO	Nº ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO	Nº ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO	Nº ÓBITO P/ CAUSA	% DO TOTAL DE ÓBITO
DOENÇAS DO CORAÇÃO	2.084	19,62	2.416	25,31	2.887	21,30	3.027	18,69
SINTOMAS SINAIS E AFECÇÕES MAL DEFINIDAS	2.695	25,38	1.886	19,76	2.733	20,17	4.089	25,25
DOENÇAS INFECCIOSAS	2.036	19,17	637	6,67	596	4,40	744	4,60
CAUSAS EXTERNAS	1.074	10,12	1.173	12,29	1.893	13,97	2.110	13,03
TOTAL	10.618		9.545		13.552		16.195	

Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

(*) – Os dados utilizados foram do ano de 2002, em virtude das informações, relativo ao ano de 2003, no período da pesquisa ainda estavam sendo compilados.

Analisando-se o quadro acima se percebe que as causas externas também possuem um grande impacto na mortalidade na capital cearense. Essa causa, ao longo do período estudado, teve uma variação na sua freqüência no valor de 2.91 percentuais. Ocasionalmente um crescimento total de cerca de 29,00%.

Esse resultado obtido demonstra uma situação do município diferenciada, no aspecto positivo, em relação ao contexto do estado e mesmo do país, pois no Ceará o crescimento foi aproximadamente de 37,00%, enquanto que no Brasil esse percentual atingiu um valor de quase 40%.

Nota-se através dos valores estatísticos apresentados que ocorreu uma diminuição no efeito das causas externas no município de Fortaleza. Ressalta-se que quando se faz a observação da variedade da incidência dessa causa por décadas, observa-se que quando houve a implantação e a efetivação do serviço de atendimento pré-hospitalar em Fortaleza, a partir da década de 1990, o percentual de variação, embora tenha sido ascendente ficou em torno de 7,00%, número este bem menor que o da década de 1980 que ficou em cerca de 22,00%.

Os agravos à saúde possuem uma complexidade própria. Eles envolvem uma variedade de setores na solução dos seus problemas. Entretanto, atuando dentro da saúde e da segurança pública, percebe-se que pela implantação e melhoria do serviço de emergência, entre eles o do atendimento pré-hospitalar, realizado tanto pelo estado como pelo município, propiciou-se uma redução na velocidade do crescimento da mortalidade por causas externas em Fortaleza no período estudado.

O governo do Estado do Ceará, buscando atuar nesse problema, trabalhou com a Secretaria Estadual de Saúde, conforme expresso em seu site (2003) dentro do seu leque de atribuições, comuns a todas as esferas governamentais, dentre elas a fixada no inciso XXI do art. 15 da LOS (1990), In Verbis: “XXI – Fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial”. Também planejou, para a gestão do 3º mandato do Sr. Tasso Jereissati – 1999/2002 - atuar em 04 (quatro) áreas prioritárias, sendo uma delas denominada Causas Externas (violência) e Doenças Crônico-degenerativas.

No período compreendido entre 2001 e 2003, o Ministério da Saúde tomou uma postura mais incisiva, no tocante à regulamentação desse serviço de emergência e urgência. Criando políticas públicas através de Portarias, já descritas, na quais fortaleceu ainda mais a atuação do Município.

A implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU -, em Fortaleza, causou um impacto positivo na estrutura do SOS-FORTALEZA, em termos de material e capacitação das equipes de trabalho. Depois passou a se chamar SAMU/ FORTALEZA 192. Entretanto, o serviço, ainda mantido pelo Estado, realizado pelo Corpo de Bombeiros Militar não foi contemplado com o plano federal, conseqüentemente tem problemas de verbas para a manutenção de um atendimento de qualidade.

A atual gestão estadual de saúde já trata o problema da mortalidade por violência e acidentes de uma forma estratégica, e não mais operacional. Assim inclui o tema em forma de uma de suas metas estruturantes em que visa reduzir um total de 10% os óbitos por causas externas até o ano de 2006.

No ano de 2003, cumprindo o que preceitua o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência Emergência, criado pela Portaria nº 2048 - GM, de 5 de novembro de 2002, a SESA instituiu a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência com a finalidade de organizar a estrutura das redes assistenciais de urgência e emergência no Estado. No entanto, o início do seu funcionamento está vinculado ao reconhecimento formal feito pelo Estado através de publicação em Diário Oficial. Porém, o processo ainda se encontra na Secretaria de Administração – SEAD - para as devidas análises jurídicas.

Capítulo II – O SERVIÇO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

2.1 – Histórico

Uma característica no desenvolvimento das sociedades é a busca contínua por novas descobertas. Esta situação sempre atraiu e fascinou o ser humano. Diante disso, ele procura usufruir as novas criações e saciar as demais necessidades que em decorrência das mudanças de cenário vão surgindo no dia-a-dia.

Dentro deste contexto de processo de evolução social um aspecto possui um papel importante: a existência de conflitos entre povos, denominados de guerras. As causas e principalmente os efeitos das guerras sempre as tornaram motivo de destaque na história da humanidade.

No entanto, sem considerar o seu fim nefasto e as conseqüências irreparáveis, sempre proporcionaram um avanço tecnológico nas mais diversas áreas do conhecimento humano. Vogt, revista eletrônica Comciência (2002), diz que mesmo sendo as quentes ou as frias têm uma relação forte com a ciência, pois em virtude da relação dos esforços para a guerra, geram-se novas tecnologias que acabam sendo incorporadas no dia a dia da sociedade.

Tais avanços podem ser comprovados em diversas áreas, mas em especial no campo da saúde, em que esse fato pode ser muito bem observado e constatado. Isto se deve que no momento da batalha, é exigido de cada exército, além de estarem equipados com um bom material bélico, os soldados devem estar em boas condições físicas e mentais de lutar.

A necessidade contínua de manter os militares nesse padrão de eficiência em um ambiente de combate levou os médicos e os cientistas a buscarem novas alternativas de prestação de socorro a um grande número de vítimas de urgência ali existentes, conseqüentemente possibilitou o aprimoramento dos conhecimentos

teóricos e inovações tecnológicas. Segundo Castelões, revista eletrônica Comciência (2002), o ambiente de guerra sempre foi propício para o desenvolvimento da medicina de emergência, pois foram os esforços utilizados pela medicina de guerra para transportar e socorrer os feridos que serviu de referência para os atuais sistemas de urgência e emergência.

Os ambientes hospitalares são os locais apropriados para aplicação dos conhecimentos científicos desenvolvidos no atendimento de emergência. No entanto, a necessidade dos primeiros socorros a uma vítima de acidente ou violência muitas vezes se faz necessário serem iniciados ainda no local. Vendo-se esta necessidade, surgiu a idéia de se levar o socorro estruturado até a área da ocorrência, denominando-o de atendimento pré-hospitalar.

Na Idade Moderna, um francês estruturou pela primeira vez um sistema de atendimento pré-hospitalar. Conciliou a visão médica, de que a prestação de socorro a uma pessoa ferida se faz necessário acontecer o quanto antes, com a realidade da existência de um número elevado de vítimas no front de guerra.

É a esse período da história que se atribui à França a primeira visão de um sistema de atendimento pré-hospitalar, como o que acontece nos dias atuais. Kuehl⁵ (1994; 03) relata o seguinte sobre essa atitude inovadora:

“A mais correta origem do moderno sistema pré-hospitalar é encontrada nos esforços de Jean Dominique Larrey, o comandante médico militar de Napoleão, Larrey desenvolveu um sistema pré-hospitalar no qual o ferido era tratado no campo de batalha e carroças eram usadas para transportá-los para fora longe.”

Entretanto, falar em procedimentos adotados para o atendimento de feridos em caso de emergência não fica limitado à efervescência cultural da Europa. O transcorrer natural da história da humanidade demonstra que já existia uma

⁵ “The most direct root of modern prehospital system is found in the efforts of Jean Dominique Larrey, Napoleon’s chief military physician. Larrey developed a prehospital system in which the injured were treated on the battlefield and horse-drawn wagons were used to carry them away.”

preocupação de como agir em situações adversas de agravo à saúde, sem a presença de um médico. Kuehl⁶ (1994; 03) descreve que:

“Um dos mais antigos documentos médicos conhecidos, o Papyrus Edwin Smith, escrito em 1500 a.C., claramente descreveu triagem e protocolo de tratamento. Referência de cuidados de emergência pré-hospitalar é também encontrado no Código Babilônico de Hamurabi onde um certo protocolo detalhado para tratamento de ferimentos é descrito. No Velho Testamento, Elisa respira dentro da boca de uma criança morta e a criança retorna a vida.”

No Brasil, ainda na época da chegada dos primeiros portugueses, os seus habitantes, os índios, já demonstravam uma visão sobre diversos tipos de doenças, em conformidade com sua cultura, que ainda era muito influenciada pelo aspecto do sobrenatural.

Destaca-se, entretanto, que mesmo com essa característica, eles já tomavam atitudes que para a atualidade poderiam ser consideradas como um prestação de socorro em casos de emergência e urgência, conforme relata Santos Filho (1991; 107):

“Bastante rudimentar, a cirurgia compreendia amputações de membros e suturas, com cipós apropriados, dos grandes ferimentos. Entalavam-se e imobilizavam-se em compridas folhas de palmeira os membros faturados. (...).”

Já no século XX, como ocorrido em outras épocas, os Estados nacionais mais poderosos buscam impor seus interesses sócio-político-econômicos sobre as demais nações, gerando momentos de tensão e acarretando por fim as guerras.

Os Estados Unidos, como a maior potência bélica do mundo, sempre estiveram presentes nesses conflitos. Isto lhes possibilitaram desenvolver o estudo do atendimento pré-hospitalar, devido, principalmente, às suas necessidades de manutenção da supremacia nos confrontos Estes avanços já são observados após a II Guerra Mundial, conforme explicação do médico Nasi (1994:03):

⁶ “One of the earliest know medical documents, the Edwin Smith Papyrus, written in 1500 BC, vividly describes triage and treatment protocol. Reference to prehospital emergency care is also found in the Babylonian Code of Hamurabi where a detailed protocol for treatment of the injures is described. In the Old Testament, Elisha breathed into mouth of a dead child and brought the child back to life.”

“As guerras do Vietnã e Coréia, comparada com a Segunda Guerra Mundial, demonstraram que a rapidez na remoção dos feridos dos campos de batalha associada a medidas de estabilização do paciente durante o transporte reduziam significativamente a mortalidade. Cada 30 minutos de retardo na remoção aumentava a mortalidade em três vezes, e os cuidados elementares reduziam em 20% a mortalidade dos ferido”.

Os americanos tendo como tripé impulsionador: o suporte técnico adquirido pela experiência na utilização prática deste tipo de serviço em guerras, a realidade vivenciada nos seus próprios hospitais e também a busca de trabalhos bem-sucedidos em outros países, passaram a estruturar o sistema de atendimento pré-hospitalar em sua nação. Segundo Hargreaves (2000; 437), no ano de 1966 houve uma preocupação por parte da Academia Americana de Ciência na forma como os pacientes chegavam aos serviços de emergência, o que gerou a busca por atividade de sucesso pelo mundo, como o caso das emergências cardíacas na Irlanda.

Ainda na maior potência mundial, ocorreu, na década de 1960, a criação de um processo de incremento ao sistema de atendimento pré-hospitalar norte-americano denominado EMS – Emergency Medical System.

Os fatos que propiciaram o desenvolvimento desse sistema no campo da saúde, conforme Karren e Hafen (1986; 02), um foi no aspecto legal outro foi técnico. No primeiro, atribuiu-se ao Departamento de Transporte a incumbência de desenvolver o Serviço Médico de Emergência.

No segundo, a Associação Americana do Coração começou a ensinar e divulgar procedimentos de primeiros socorros, em que focou sua atenção na manobra para realização ressuscitação cardiopulmonar, conhecida como RCP. Também na realização do exame do suporte básico de vida, utilizado no momento inicial do atendimento de emergência a uma vítima de acidentes.

No entanto, dentro de uma visão moderna e sistemática bem definida, a característica da nação norte-americana conhecida, mundialmente, é o seu processo expansionista. Normalmente, envolve uma gama de setores que tanto podem ser: o social, o político, o territorial, entre outros.

No campo da saúde, os EEUU assumem o mesmo procedimento de busca da hegemonia de suas inovações. A criação de escolas de saúde pública para difundir a sua linha ideológica e de conhecimentos, aliado a pesquisas de soluções de agravos à saúde em outros países sempre foi sua característica.

Vários países já vivenciaram esta realidade. Ressalta-se que ainda no começo do século XX, a criação de institutos de pesquisa muito influenciou o campo da saúde, e colaboraram em muito no combate à principal causa de mortalidade: as doenças infecciosas.

Paim e Almeida (2000; 38) destacam que ainda nos primeiros anos do século passado, várias organizações, como a Fundação Rockefeller, investiram pesado no campo da saúde, fazendo inicialmente investimentos dentro dos EEUU através da criação das primeiras escolas públicas, e depois em outros países, como os da América Latina.

Desses tipos de manifestação bilateral, uma veio a acontecer na região Nordeste, a década de 1980, mas precisamente em 1985, era específica na área do serviço do atendimento pré-hospitalar. Ocorreu através da visita de uma organização americana denominada Partness of América – Companheiros da América à cidade de Fortaleza, capital do Ceará.

Conforme Holanda (1997; 59), essa Instituição tinha como objetivo a transmissão de conhecimento e técnicas do serviço pré-hospitalar, o que veio a acontecer por meio de um intercâmbio entre a cidade de Fortaleza e New Hampshire Concord. Surgiu então o interesse na elaboração projeto de atendimento pré-hospitalar cearense, tudo com o apoio a cooperação internacional firmada.

O Brasil possui um diferencial do âmbito mundial, pois ainda no final do século XIX, despertou para a implantação da primeira manifestação oficial sobre o

atendimento de socorros de urgência, tendo sua localização focada apenas do Rio de Janeiro e posteriormente em Porto Alegre. Conforme Guimarães (1982; 107), em 1893 no município fluminense, surgiu a assistência pública a socorros de urgência em via pública.

Em um momento posterior a este, ocorreu à implantação de um tipo de serviço de saúde pública semelhante no país. Entretanto, já se estava no final da década de 40, e foi implantado, pelo Governo Federal, para a sociedade brasileira, o SAMDU - Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência. Mercadante (2002; 237), observa que foi uma grande inovação realizada no segundo governo Vargas, pois possibilitou o atendimento médico domiciliar no setor público, até então inexistente, e o atendimento universal, mesmo que limitado aos casos de urgência.

A falta de um planejamento adequado, aliado a quebra de continuidade de ações governamentais inviabilizaram o projeto, que foi desativado cerca de 20 anos após sua criação. Conforme Hargreaves (2000; 440), essa paralisação acarretou na diminuição da qualidade do serviço, porque se começou a mandar a ambulância apenas com o motorista e o padoleiro. Conseqüentemente se fazia apenas o transporte e não se preocupava com os cuidados básicos com o paciente.

A idéia da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar nos moldes de como realmente existe hoje, só veio a ser implantada nos meados da década de 1980, na cidade do Rio de Janeiro, sendo o cumprimento desta missão atribuída ao âmbito estadual da esfera pública através do Corpo de Bombeiros Militar daquela Unidade da Federação. Hargreaves (2000; 439) relata que:

“No Brasil, o conceito de sistema de emergência médica pré-hospitalar, surgiu na verdade a partir de 1986, com a criação do Grupo de Socorro de Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, com a incorporação de médicos socorristas e unidades de suporte avançado de vida”.

O pensamento idealizado naquele estado se propagou para as demais regiões do Brasil. Os estados da federação interessados foram montando as estruturas, ao longo dos anos subseqüentes. Tudo foi se realizando de acordo com os recursos e de conformidade com as peculiaridades da região geopolítica.

As autoridades governamentais da área da saúde cearense visando a realizar o passo definitivo rumo a concretização deste projeto de iniciação do serviço de atendimento pré-hospitalar na capital alencarina, tomaram uma iniciativa importante e montaram uma equipe de estudo e de análise sobre o assunto em questão. Isso ainda sob influência daquele intercâmbio firmado entre o município de Fortaleza e a cidade de New Hampshire Concord, por meio da instituição norte-americana.

Esse grupo de trabalho, criado com características de interdisciplinaridade, e intersetoriedade teve o seu fomento através da iniciativa da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. No entanto, devido a grande relevância do campo social do assunto contou com a participação de órgãos públicos das três esferas governamentais: União, Estado e Município, por intermédio da Universidade Federal do Ceará – UFC -, do Corpo de Bombeiros Militar do Ceará – CBECE - e do Instituto Dr. José Frota – IJF.

As sugestões discutidas pelos integrantes dessa equipe só se realizaram nos últimos anos da década de 1980, após o ato formal da Secretária da Saúde do Ceará, por intermédio da Portaria nº 555 (1988), de 09 de junho de 1988, conforme o seu Art. 1º In Verbis:

“1 – Instituir, na secretaria de Saúde, o Grupo de Coordenação do Sistema de Emergência Médica em Fortaleza – GCSEMF, com a finalidade de implantar um serviço de transporte e cuidados pré-hospitalares para pacientes em estado crítico e promover a integração e a racionalização das Unidades Hospitalares de urgência nesta capital”.

Na conclusão dos estudos da comissão, definiu-se que o Órgão governamental a ser responsável para realizar esta tarefa seria o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará. Tomada esta decisão partiu-se para a execução do projeto. Iniciou-se escolhendo dentre os militares do Corpo de Bombeiros aqueles que participariam da primeira turma de servidores que atuariam no serviço, denominados socorristas.

No entanto, a sociedade fortalezense e região metropolitana só vieram usufruir oficialmente desse serviço inovador implantado pelo governo estadual no ano seguinte. Holanda (1997:360) relata que: “Em 31 de maio de 1989, o Governador do Estado, Dr. Tasso Jereissati, lança o programa para a prática sendo um marco histórico no Ceará e no Brasil”.

Na realidade, tal serviço somente se fixou como definitivo para a Corporação após o reconhecimento dado pelo Poder Legislativo cearense, que o definira como uma missão constitucional do CBECE, claramente expressa pelo Inciso III do 190 (2000; 162) da Constituição do Estado do Ceará de 1989, In Verbis: “III – socorro médico de emergência”.

A visão moderna de descentralização dos serviços públicos foi bem realçada na Carta Magna de 1988. No campo da seguridade social, a saúde é um exemplo destacável percebido em seu inciso I, § 4º do Art. 198 (2001; 97), In Verbis: “I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;”

A promulgação da Lei nº 8.080 - Lei Orgânica da Saúde (1990), de 19 de setembro de 1990, propiciava a divisão das responsabilidades entre as diversas esferas governamentais. Seu texto ratificou a instauração do conceito de descentralização. Ela explicita claramente o que se poderia dizer a “municipalização da saúde”, no seu inciso, IX, do Art. 7º, Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes.

A edificação da assunção da responsabilidade pela execução dos serviços entregue aos governos municipais foi se realizando paulatinamente. A prefeitura da cidade de Fortaleza buscou a devida adequação às novas regras descritas na legislação reguladora do Sistema Único de Saúde, com isso inovou e criou dentro da estrutura da Secretaria de Saúde Municipal, em 15 de junho de 1992, o serviço de urgência /emergência denominado SOS Fortaleza, conforme histórico cedido pela Instituição (2004).

O propósito definido em seu planejamento era atender a seis Distritos Sanitários existentes, mas em decorrência da aceitação e da grande demanda da população por melhoria na saúde pública passou a executar suas atividades em toda a capital cearense.

Segundo, o ex-coordenador do SOS-Fortaleza⁷, no seu anteprojeto em 1991, a idéia inicial que originou a implantação desse serviço de atendimento pré-hospitalar foi suprir uma necessidade existente na capital alencarina no tocante aos casos clínicos e de urgência nos domicílios, pois o Corpo de Bombeiros já tinha uma estratégia de atuação focada nas emergências em via pública.

Ainda de conformidade com o ex-coordenador do SOS-Fortaleza⁸ (2005), tal posicionamento das Instituições citadas anteriormente funcionou em perfeita sintonia por 03(três) anos, mesmo sem um acordo formal. Mas ocorreram algumas mudanças na conjuntura política local, e não foi mais possível a manutenção do acordo, fazendo com que tanto o SOS Fortaleza como o Corpo de Bombeiros passassem a atuar em todas as ocorrências, causando as vezes excessos e em outra escassez de viaturas para realizar o atendimento a uma vítima .

⁷ Sr. Cristiano Walter Moraes Rola Júnior, cedida em 25/02/2005, ex-coordenador do SOS-Fortaleza, médico plantonista do IJF – Centro, Colaboradores da elaboração do serviço de atendimento pré-hospitalar no Corpo de Bombeiros, autor do anteprojeto do SOS-Fortaleza em 1991, Coordenador do SOS Fortaleza desde a sua fundação em 1992 até 1999, depois retornou em 2003 e foi até jan de 2005. Fundou o serviço de atendimento pré-hospitalar da UNIMED em 1997.

⁸ Entrevista Sr. Cristiano Walter Moraes Rola Júnior, cedida em 25/02/2005.

O processo de municipalização do serviço de atendimento pré-hospitalar foi concretizado mais fortemente após o ano de 2000, pois o Ministério da Saúde, por intermédio dos poderes que lhe são atribuídos pelo SUS que é o gestor nacional neste âmbito, publicou oficialmente alguns instrumentos legais para regularizar o serviço.

O primeiro ato para isto acontecer foi ainda no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso. O ministério editou a Portaria nº 737/GM de 16 de maio de 2001, que instituiu em todo território brasileiro a Política Nacional da Diminuição da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

As esferas públicas (municipal, estadual e federal) buscando se enquadrar a esse conjunto de regras estabelecidas se posicionaram em conformidade com o que ficou definido. Começaram então a efetuar o repasse das verbas oriundas do SUS direto ao Município, ficando assim o Estado deficitário na manutenção dessa prestação de serviço à comunidade por meio da atuação do Grupo de Socorro de Urgência do Corpo de Bombeiros Militar.

Um outro momento, que possuiu um grande impacto, tanto no serviço prestado pela Corporação como no do serviço prestado pelo SOS Fortaleza, veio a se realizar com a atual gestão federal. Tal ato foi a edição pelo mesmo ministério da Portaria nº 1.863 / GM 26 de setembro de 2003, na qual ficou definido a Política Nacional Atenção à Urgência, que deveria ser implantado de maneira descentralizada e de forma homogênea em todo o país.

Após a entrada em vigor dessa Portaria, ocorreram diversas mudanças, o serviço de saúde pública - SOS FORTALEZA – ficou fortalecido no âmbito de recursos para investimentos do tipo ambulâncias, equipamentos de emergência e de comunicação, além de ampliar as perspectivas de qualificação de suas equipes de atuação. Implicou também na inclusão do nome SAMU - Governo Federal ao lado do SOS Fortaleza em todas as ambulâncias.

Ressalta-se que a prestação do atendimento pré-hospitalar realizado na capital cearense pelo Corpo de Bombeiros Militar do Ceará, órgão do âmbito estadual, ainda não foi beneficiado diretamente com este novo apoio estrutural oriundo da esfera federal.

2.2 – Estrutura de Funcionamento

No campo médico, o desenvolvimento de procedimentos a um paciente que se encontra em um estado de emergência está categorizado no ramo da medicina de urgência. Diversas são as situações de doenças em que o ser humano possa se encontrar em condições que o caracterize nesse estado.

No obstante quando se trata de fatos decorrente de agravos à saúde, denominado causas externas, o aspecto temporal para o atendimento toma proporções de importância incomensuráveis, pois a demora na execução da prestação do socorro pode acarretar de uma simples seqüela até a máxima situação, o falecimento da vítima.

A necessidade de um atendimento a uma vítima de um agravo à saúde pode ser feito onde ela estiver precisando, mas no que se refere a este assunto o Conselho Federal de Medicina através da resolução nº 1451/95 (1995; 3666) define como um ambiente tecnicamente apropriado para a prestação dos serviços médicos em caso de urgência e emergência os prontos-socorros, conforme caput do seu Art. 1º, In Verbis:

“Artigo 1º - Os estabelecimentos de Prontos Socorros Públicos e Privados deverão ser estruturados para prestar atendimento a situações de urgência-emergência, devendo garantir todas as manobras de sustentação da vida e com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outro nível de atendimento referenciado”.

Existe na realidade um sistema multidisciplinar para se obter o êxito do atendimento. Ele é realizado por várias equipes e denominado de acordo com a questão temporal e as condições apropriadas para o atendimento. López (1994; 03)

os classifica em 03 (três) momentos distintos: antes de chegar no hospital, e no hospital na sala de emergência e no centro intensivo.

A prestação do socorro fora do hospital é denominada tecnicamente de atendimento pré-hospitalar. Este modo técnico de agir abrange todas as ações que vão desde a intervenção inicial na situação crítica até a chegada o mais breve possível a um hospital. Ele compreende a manutenção do suporte básico de vida no local do ocorrido e durante todo transporte do acidentado.

O transporte possui um papel importante porque ele não deve ser somente rápido, pois se faz necessário que seja seguro tanto para o paciente que se encontra em situação de emergência, como para a própria equipe que está atuando nos procedimentos emergenciais. O comitê americano associado de saúde⁹ (1988; 314) recomenda que o serviço de remoção realizado com a ambulância seja feito com uma direção segura, pois não se justifica correr o risco de matar pessoas ou causar outros acidentes dirigindo imprudentemente para se ganhar alguns minutos no trajeto até o hospital.

Outro ponto a se destacar é a comunicação que deve existir na prestação de socorro no nível pré-hospitalar. Ela possui um papel de grande responsabilidade por um atendimento bem sucedido. O comitê americano associado de saúde¹⁰ (1988; 322) observa que os operadores da rádio-comunicação deverão ser capazes de transmitir relatos concisos e precisos da vítima e do cenário do acidente, pois tudo isso está ligado à eficiência e eficácia da operação do socorro.

Todo o processo se inicia no momento em que alguém observa a existência de alguma pessoa ferida ou desmaiada, e se comunica por meio de uma ligação gratuita às centrais de regulação médica do serviço de atendimento pré-

⁹ The Committee on Allied Health – American Academy of Orthopaedic Surgeons

¹⁰ Id. Ibid.

hospitalar, que no caso do Corpo de Bombeiros é o número 193, e no do SAMU/Fortaleza é o número 192.

Feita a solicitação, faz-se a coleta dos dados sobre o acidente e se despacha uma viatura para atender, posteriormente a comunicação se estende durante todo o deslocamento da ambulância até o ambiente do acidente. Chegando no local o diálogo permanece, pois se informa a situação da vítima e os procedimentos adotados, solicitando se for o caso orientações ao médico que pode ter ficado, ou não, na central de ligações.

Comunica-se também, durante o transporte do doente, a unidade da rede hospitalar mais apropriado para aquele caso. Finaliza-se o ciclo somente quando o acidentado é entregue a responsabilidade de uma equipe de médicos de plantão do hospital de referência indicado.

O cenário contextualizado em caso de acidentes ou violências é composto de uma enorme variedade de detalhes. Ele não se restringe apenas ao aspecto visual encontrado das vítimas se contrapondo com as atitudes técnicas tomadas pelos socorristas para realizar as manobras de suporte básico de vida na tentativa de salvar ou mesmo apenas manter as condições de saúde das pessoas ali envolvidas.

No local existe, ainda, de uma maneira presente, e não comensurável, um aspecto destacável que o socorrista deve estar preparado, que é o cuidado psicológico a ser dado ao paciente naquele momento de fragilidade. Segundo Karren e Hafen (1986; 301), os cuidados físicos é realizável de maneira mensurável, no entanto a atenção a emergência psicológica é algo incomensurável e de difícil atuação.

Esta situação encontrada pelo grupo do atendimento de emergência é algo que preocupa as equipes de plantão, pois cada caso possui sua peculiaridade,

tornando-se algo que exige uma sensibilidade nas ações a serem tomadas na prestação da ajuda àquele que se encontra enfermo.

O aspecto psicológico em ocorrências que resultem na presença de vítimas não fica limitado nos envolvidos diretamente com a situação. Ele se expande através da presença dos familiares e amigos do acidentado ou de quem sofreu alguma espécie de violência. Novamente os para-médicos devem buscar uma maneira educada e ao mesmo tempo firme e incisiva para que possa ter todo o controle do ambiente, e daí partir para colocar em prática os protocolos de atendimento descritos para cada situação de emergência.

O Ministério da Saúde – MS - (2001; 08), dentro de suas missões constitucionais, define este tipo de prestação de socorro de emergência como sendo o atendimento pré-hospitalar. É definido, precisamente, como: “Atendimento pré-hospitalar – atendimento especializado oferecido a uma pessoa no local da ocorrência do evento, antes da chegada do hospital.”

No ano de 2001, o MS preocupado com a expansão deste tipo de serviço médico, tanto no campo público como no privado, e se baseando nos poderes que lhe são concedidos constitucionalmente, resolveu normatizar a estrutura organizacional deste tipo de atendimento à população por intermédio da Portaria nº 814 / GM, de 24 de junho de 2001. Entretanto tal ato administrativo foi incrementado por um novo que o revogou. Este foi a Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002 (2004; 43).

Essa portaria determina que para a implantação e execução do serviço há a necessidade de uma central reguladora coordenada por médico, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de uma região. Exige-se que para compor os recursos humanos é necessária uma equipe interdisciplinar composta por profissionais oriundos tanto da área de saúde: médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, como também os não oriundos: bombeiros

militares, responsáveis pela segurança, condutores de veículos de urgência, rádio operador e telefonista.

A sistemática de funcionamento ocorre da seguinte maneira; logo após um acidente, ou um mal súbito em via pública, em que haja a existência de vítima(s), se telefona para a central reguladora. Na central, acontece a triagem dos casos graves por meio de um diálogo da telefonista com quem ligou. A ocorrência é repassada para a central de despachos de viaturas onde deve possuir um médico que se comunicará, via rádio, com a equipe que se desloca até o local. No local, faz-se à averiguação de toda a situação, repasse-se dados gerais sobre acidentado para a central e esta por sua vez fornece orientações específicas se o caso for mais complicado ou apenas encaminha para o hospital mais apropriado para o paciente.

Incrementando a padronização do serviço pré-hospitalar, o governo federal criou a Política Nacional Atenção à Urgência, através da Portaria nº 1.863/GM 26 de setembro de 2003, em que ratifica mais uma vez a responsabilidade dos municípios por este tipo de prestação de serviço à comunidade e institui, dentro do contexto móvel da política, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, denominado SAMU.

A cidade de Fortaleza, como em algumas outras capitais do Brasil, possui duas esferas governamentais ainda atuando na prestação do socorro de urgência, são eles o Corpo de Bombeiros no patamar estadual e o SOS Fortaleza, agora chamado de SAMU/Fortaleza - 192 na esfera municipal.

A metodologia de trabalho operacional de ambas organizações é bastante semelhante, principalmente porque alguns profissionais, que participaram na formação do serviço no estado, tiveram a oportunidade de engajar-se no projeto municipal, com conhecimento e experiência adquiridos no projeto do estado.

Na estrutura, ambas instituições trabalham com uma central reguladora, possuem frotas de ambulâncias independentes uma da outra. O serviço é executado em regime de plantão de equipes, ou seja, funciona vinte e quatro por dia, durante todos os dias da semana.

Apesar disso, possuem peculiaridades que geram diferenças específicas. O Corpo de Bombeiros atua em outras áreas como combate a incêndio e salvamento, conseqüentemente sua central de ligações está inserida em um aparato maior que é Centro Integrado de Operações – CIOPS -, que por sua vez concatena todas as chamadas locais da Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social, ou seja, une as chamadas de maneira distinta, por meio de um serviço de teleatendimento, para o Corpo de Bombeiros, para a Polícia Militar e para a Polícia Civil.

As equipes de plantão ficam com suas viatura em quartéis operacionais difundidos na capital cearense, e o médico de plantão permanece no quartel central da corporação, onde também existe grupo de plantão. A comunicação com ele é feita por sistema de rádio ou por telefone, e se precisar ele se desloca até o acidente.

O SAMU/Fortaleza se diferencia do GSU pelo fato de sua atuação ser exclusiva para o atendimento pré-hospitalar. Sua estrutura física principal concentra na sua central de regulação e a administração administrativa do serviço. O médico regulador fica na central, saindo quando necessário. Já suas guarnições de trabalho ficam dispostas em pontos determinados de forma estratégica em toda extensão de Fortaleza.

2.3 – Perfil dos Profissionais

O atendimento aos casos de violência e acidentes constitui há alguns anos um problema de saúde pública de grande impacto no quadro da morbi-mortalidade brasileira. Entretanto devido a grande demanda social por esse serviço e a

realização da prestação do socorro se fazer necessário ainda no local do acidente, isto não pode ser se restringido apenas à área médica.

A gravidade da situação exigiu uma atuação articulada entre as diversas esferas governamentais, união, estados e municípios. O Ministério da Saúde – MS - montou no ano de 2001 a Política Nacional da Diminuição da Morbimortalidade por Acidentes e Violências através da Portaria nº 737/ GM (2001; 7), na qual no seu item nº 4 – Responsabilidades Institucionais do Anexo define que:

“A redução da morbimortalidade por acidentes e violências no País – propósito desta Política Nacional- requererá dos gestores do SUS e dos demais técnicos envolvidos com a questão o adequado provimento dos meios necessários ao desenvolvimento das ações. A articulação intrasetorial é requisito indispensável para que as diretrizes aqui fixadas sejam operacionalizadas.”

A interdisciplinaridade e o aspecto intersetorial da utilização do serviço envolve segmentos profissionais múltiplos, ou seja, existem os que devem ser de formação na área de saúde, mas também existem aqueles que possuem formação diversa. O MS que durante o ano de 2002 normatizou o serviço de atendimento pré-hospitalar, tanto no âmbito público como no privado por meio da Portaria nº 2.048 / GM (2001; 77) de 05 de novembro de 2002 na qual relaciona os profissionais atuantes da seguinte forma: oriundos da saúde – médicos, enfermeiros, técnico e auxiliar de enfermagem; não oriundos da saúde - telefonista, rádio-operador, condutor de veículo, profissionais da segurança (polícias militares, rodoviários ou outros) e bombeiros militares.

A estratégia de não restringir o atendimento pré-hospitalar aos profissionais oriundos da saúde surgiu nos Estados Unidos na década de 1960. Conforme Hargreaves (2000; 438), os americanos com as experiências adquiridas, pesquisaram e concluíram que para realizar esse serviço com um médico direto dentro da ambulância além de ter um alto custo, geraria um demanda grande por esse profissional, então eles criaram o técnico em emergência médica, que no Brasil ficou conhecido como para-médico ou socorrista.

O próprio Ministério da Saúde (2004; 77), através de um regulamento técnico, para esse tipo de serviço, publicado como anexo à Portaria nº 2.048 / GM reconhece que os cursos de graduação de medicina e enfermagem ainda não estão dando atenção suficiente à área de urgência, mesmo porque o próprio tema em questão não é considerado uma especialidade médica.

A ausência de equipes estritamente formadas com integrantes da área de saúde, serviço já prestado em casos de acidentes em via pública pelos bombeiros do Brasil, em prontidão vinte e quatro horas, permitiu a inclusão deste efetivo de militares estaduais na atuação do atendimento pré-hospitalar.

A necessidade da atuação das equipes de socorro no menor tempo possível in loco é imprescindível. O aspecto temporal nessas condições pode definir a manutenção ou não do cidadão vitimado. Segundo Sanseverino (1997; 02), o atendimento deve ser imediato, pois ele ressalta que situações como asfixias, paradas cardiorespiratórias e hemorragias, a perda de minutos pode significar a morte do paciente.

Desenvolver atividades de emergência, com rapidez e eficiência, em pacientes que corram risco de vida e se encontram em ambientes diversos, como em uma via pública, uma praia etc., exige do socorrista determinadas características pessoais que vão além do conhecimento técnico.

O MS preocupado com tal realidade incluiu no processo de normatização do atendimento pré-hospitalar realizado pela Portaria nº 2.048 (2004; 78) alguns requisitos gerais que devem ser exigidos a todos que desejem trabalhar nesse serviço, são eles: equilíbrio emocional, autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, bom condicionamento físico e facilidade de comunicação.

A sistemática do atendimento segue uma seqüência de passos de acordo com a gravidade e o grau de consciência da vítima. Entretanto, cada prestação de socorro é considerada como única porque o contexto que envolve um acidente normalmente não se repete inteiramente em outro.

O processo de tomada de decisões no contexto de uma ocorrência exige uma análise rápida de diversos fatores. Essa responsabilidade decorre das conseqüências da realização de um procedimento errado, por isso na visão de Karren e Hafen (1986; 301), o socorrista pode prestar um serviço melhor se ele levar em conta alguns princípios da psicologia de emergência como: cada pessoa tem sua limitação, é natural o distúrbio emocional em um desastre, o machucado emocional é tão real como o físico, entre outros.

No entanto, não é só o aspecto técnico que o para-médico deve apresentar um bom preparo, a ele também se faz necessário estar constantemente atento ao aspecto psicológico do ser humano sobre duas vertentes. A primeira, quando se relaciona a ele próprio, pois muitas vezes ele se depara com cenas de grande impacto nas ocorrências em que vai socorrer uma vítima.

A segunda se relaciona a algo que é normal nos locais de ocorrências, ou seja, a existência dos familiares e acompanhantes da vítima além dos transeuntes da via pública. Eles estão ligados de maneira emocional ao fato que está ocorrendo e isto altera de maneira considerável as suas ações.

2.4 – O Efeito Organizacional nas Corporações Realizadoras do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar

A implantação de uma política social, qualquer que seja o seu campo de atuação, é cercada por uma enorme variedade de efeitos. É claro que, normalmente, os seus idealizadores buscam controlar todo o processo, tentando incluir o maior número de cenários prováveis dentro do planejamento.

No entanto, tal situação não consegue abranger todos àqueles, conseqüentemente ocorre situações consideradas indesejáveis. De acordo com Cohen e Rolando (1992; 92), existem efeitos esperados, ou seja, aqueles que se pensou e durante a realização do projeto pode acontecer aqueles ditos inesperados.

O projeto da política pública de atendimento pré-hospitalar no Estado do Ceará teve início em 1985 com a instituição fomentadora internacional chamada “Partness of América”. Esta tinha a visão da prestação deste serviço no padrão norte-americano no qual a responsabilidade pela atuação era atribuída aos seus departamentos de incêndios.

Entretanto, desse contato inicial até a montagem do grupo de estudo para elaboração do projeto cearense se passaram 03 (três) anos. Baseando-se na visão da instituição fomentadora se decidiu que o Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará seria definido como órgão responsável pela realização de tal prestação de socorro à comunidade fortalezense, e posteriormente seria levado aos municípios que ele tivesse uma unidade operacional.

A instituição na qual foi definida a responsabilidade operacional do serviço público inovador já detinha no Ceará uma trajetória de mais de século de existência, tendo todo um histórico voltado para desenvolver atividades de salvamento de pessoas e bens, além da tradicional tarefa de combate e prevenção de incêndios.

Destaca-se que desde a sua criação, em 08 de agosto de 1925, dois princípios norteiam a Corporação: atender, de uma forma universal a todos que solicitem os serviços de emergência, bem como o de primar pela equidade no desenvolvimento de suas missões constitucionais.

A prática operacional utilizada pela instituição é a de manter bombeiros militares distribuídos nos diversos quartéis na região metropolitana, e nos municípios de Iguatu, Juazeiro, Crato, Sobral e Crateús. Sua jornada de trabalho é constituída de 24 horas, de maneira contínua e ininterrupta atendendo em todos os locais ao qual é solicitada a sua atuação de conformidade com a comunicação feita a sua central de chamadas.

Na formação inicial dos socorristas, o Corpo de Bombeiros selecionou dentro de seu quadro funcional 100 (cem) servidores, entre eles oficiais e praças, para participarem do primeiro curso de primeiros socorros na Corporação. Este teve uma duração de 06 (seis) meses, complementado com um estágio profissional de 04 (quatro) meses nos diversos hospitais da rede pública estadual e municipal.

A Secretaria de Saúde, a Universidade Federal do Ceará e a entidade americana ofereceram: o amparo didático, o técnico e o logístico para se dar continuidade ao projeto, ficando a coordenação da execução do planejamento a cargo da SESA e do Corpo de Bombeiros.

O Tenente Coronel BM Fontes¹¹ (2005), conforme relatado em entrevista, explica que a receptividade da assunção do novo serviço pela corporação não foi plena, pelo contrário, ocorreram algumas resistências à época partindo de todos os níveis hierárquicos da organização. Ele comenta que:

“Vários oficiais e praças daquela época diziam que se estava criando responsabilidades para o Corpo de Bombeiros, além daquelas que já existiam, e que a nossa Instituição não teria como manter e depois tal serviço geraria um problema para todos.”

¹¹ O Tenente Coronel Valdir Fontes, hoje Comandante do 2º Grupamento de Bombeiros – Maracanaú, foi um dos colaboradores do processo de implantação Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar no Corpo de Bombeiros, e o 1º Comandante do Grupamento de Socorro de Urgência. Esta entrevista foi concedida em 13 de janeiro de 2005.

Ainda segundo o bombeiro militar Fontes, o curso foi concluído com êxito por parte de todos. O serviço estava pronto para o lançamento. A nova equipe passou a integrar a estrutura organizacional da Corporação com o nome de GSU – Grupamento de Socorro de Urgência.

A infra-estrutura foi montada da seguinte maneira: 06(seis) médicos oriundos da Secretaria de Saúde do Estado para a realização da regulação; 11 (onze) ambulâncias do tipo Agrale, doadas pela Secretaria de Saúde, sendo 06 (seis) operando diariamente e 05 (cinco) de reserva, para alguma eventualidade ou manutenção das demais, todas com equipamentos de primeiros socorros e sua guarnição era composta de 02(dois) socorristas.

A idéia da localização das ambulâncias foi uma decisão estratégica. A distribuição foi feita colocando-se cada viatura em um ponto base da cidade. Optou-se então por deixá-las vinculadas a um hospital para facilitar a interação do serviço com o ambiente hospitalar, para tal se construiu uma sala para a equipe.

Tomada essa decisão, passou-se para definir os locais dos postos, que ficaram assim distribuídos: Gonzaguinha de Messejana, Frotinha do Antônio Bezerra e Frotinha de Parangaba, Hospital Geral de Fortaleza, Instituto Dr. José Frota e Quartel Central do Corpo de Bombeiros.

O ano oficial do lançamento do serviço foi 1989, a imprensa local deu o apoio durante a preparação e também no início da implantação do serviço, campanhas publicitárias também foram realizadas para informar a população do mais novo tipo de atendimento que teria em caso de emergência.

O serviço em andamento, e se vendo que os atendimentos nos casos de emergência estavam sendo realizados com eficiência, toda aquela posição inicial de resistência da tropa bomberística começou a se transformar em admiração e respeito

por quem atuava naquele grupamento. O 1º Tenente BM Humberto¹² (2005), em entrevista concedida em janeiro de 2005, explica que:

“Nós que trabalhávamos com o serviço de salvamento tínhamos muitas dificuldades quando deparávamos com uma vítima presa em ferragens, afogamento, quedas de elevadas alturas, entre outras. O problema era o que fazer com a vítima, pois dependendo da gravidade apenas a colocava na viatura que estávamos e íamos o mais rápido possível para um hospital de emergência. No entanto depois que o GSU foi criado o nossa prestação de socorro melhorou muito, tínhamos agora um apoio muito forte, e sentíamos que o atendimento seria completo.”

A realidade operacional do Corpo de Bombeiros transformou-se em volume e rapidez. A expressão dessa realidade pode ser observada no quadro IV. Nele se descreve o número de atendimentos realizados no âmbito geral e no aspecto pré-hospitalar ao longo do período em estudo:

QUADRO IV – Ocorrências do Corpo de Bombeiros X Ocorrências do GSU

ANO	OCORRÊNCIAS DO CBMCE	OCORRÊNCIAS DO GSU	PERCENTUAL DO GSU X CBMCE
1980	2.004	X-X	X-X
1988	3.217		
1989	10.344	X-X ^I	X-X
1992	12.555	8.497	67,68
2000	22014	9.734	38,47
2002	26.910	14.057	52,24

Fonte: Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará – SSPDS

I – Este ano implantou-se o serviço no mês de julho. O registro do número de ocorrências se extraviou, pelo fato da não utilização de computadores e ser esta fase inicial de implantação do serviço de atendimento pré-hospitalar no CBMCE.

¹² O Tenente BM Humberto é bombeiro desde 1982, em seus vinte e dois anos de serviço até agora atuou somente no serviço de salvamento. Iniciou na Corporação como soldado e hoje já se tornou um oficial por méritos próprios.

Analisando-se o Quadro IV, o Corpo de Bombeiros até 1988 possuía um nível de atendimento de ocorrências que girava em torno de 2500 (duas mil e quinhentas) ao ano. A inserção do serviço de atendimento pré-hospitalar no ano de 1989 elevou esse referencial para aproximadamente para 10.000 (dez mil) atendimentos anuais, o que gerou um crescimento de cerca de 300,00% na atividade bomberística na cidade de Fortaleza.

O resultado estatístico obtido no primeiro ano causou um grande impacto e conseguiu chamar a atenção dos seus planejadores para esse serviço. Percebe-se pelo número de solicitações a necessidade em potencial que a comunidade fortalezense tinha dessa área da saúde pública.

Essa realidade numérica movimentou toda a estrutura organizacional da instituição. Ela teve que se adequar a esse novo tipo de serviço, os próprios bombeiros militares começaram a ver a importância dessa atividade. Realizou-se em 1995 um recrutamento de soldados exclusivamente para trabalharem no Grupamento de Socorro de Urgência.

No decorrer dos anos subsequentes, como se observa as estatísticas do Quadro IV, esse serviço de emergência ainda ocupa a posição de maior percentual de atuação do Corpo de Bombeiros cearense na execução das suas missões constitucionais junto à sociedade alencarina.

Entretanto, seu ritmo de trabalho veio a ter uma diminuição em decorrência da concretização da municipalização da saúde, o que canalizou a responsabilidade efetiva e a grande concentração de recursos desse serviço para a prefeitura de Fortaleza. No ano de 1992, a Secretaria de Saúde de Fortaleza criou um serviço de atendimento pré-hospitalar denominado SOS-Fortaleza, acarretando o fortalecimento do setor.

O início desse inovador serviço a ser prestado pela prefeitura municipal causou um certo receio nos profissionais da saúde que ficariam à disposição do projeto. A idéia de atuar nos mais diversos locais e nas mais diferenciadas situações de emergência preocupava aquele grupo de trabalho, conforme o ex-coordenador do SOS- Fortaleza, o Sr. Cristiano Walter Moraes Rola Júnior¹³ (2005), a resistência oferecida no começo do serviço pelos médicos era em virtude de eles terem que, a partir daquele momento, correr, quando necessário, em uma ambulância e se preciso fosse aplicar procedimentos médicos em via pública, visão esta que com o decorrer do tempo mudou totalmente, passando a ser área de admiração por todos.

O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, vem buscando incentivar ainda mais a municipalização da saúde. Para isso, aprovou a Portaria de nº 1863 e 1864, que tratam, respectivamente, da Política Nacional de Atenção às Urgências, e a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU.

Conseqüentemente, os municípios que já mantinham esse serviço, como a capital cearense, por intermédio do SOS-Fortaleza, tiveram que se adaptar a nova legislação. A primeira alteração foi na denominação do serviço, que passou a se chamar de SAMU-FORTALEZA-192.

A concentração de atuação do SAMU/Fortaleza é concentrada no serviço pré-hospitalar. No entanto, pode se destacar desse leque os atendimentos voltados para socorrer as pessoas vitimadas por causas externas, conforme o Quadro V:

QUADRO V – Total de Ocorrência x Ocorrências por Causas Externas – SAMU/Forataleza

ANO	TOTAL DAS OCORRÊNCIAS DO SAMU	OCORRÊNCIAS POR CAUSAS EXTERNAS	PERCENTUAL DAS CAUSAS EXTERNAS X TOTAL DE OCORRÊNCIAS
1998	3.030	2.766	91,00 ¹

¹³ Entrevista com o Sr. Cristiano Walter Moraes Rola Júnior, cedida em 25/02/2005

Continuação do QUADRO V

ANO	TOTAL DAS OCORRÊNCIAS DO SAMU	OCORRÊNCIAS POR CAUSAS EXTERNAS	PERCENTUAL DAS CAUSAS EXTERNAS X TOTAL DE OCORRÊNCIAS
1999	17.038	16.572	97,00 ¹
2000	13.556	13.467	99,00 ¹
2001	12.992	12.971	100,00 ¹
2002	14.094	14.081	100,00 ¹

Fonte: SAMU – Fortaleza

OBS 1: Valores arredondados por aproximação.

Observando-se essa tabela do número de ocorrências do SAMU-Fortaleza, percebe-se o alto número de prestação de socorro realizado por essa instituição na capital. Considerando os anos expostos acima, a média anual gerada é de aproximadamente 12.000 (doze mil) atendimentos.

É um valor de referência dentro dessa política pública de atendimento pré-hospitalar, ficando demonstrado o grau de eficiência das suas equipes de trabalho e a necessidade constante da existência e da manutenção desse tipo de serviço para a sociedade fortalezense.

Destaca-se ainda dos dados coletados, que embora essa organização possa atender em domicílios, não se limitando apenas aos acidentes e violências em via pública, sua maior incidência de prestação de socorro é de natureza de causas externas chegando quase a sua totalidade.

Esse acentuado percentual de prestação de socorro, em casos de acidentes e violências, já vem sendo vivenciado na realidade de ambas as organizações governamentais – SAMU / Fortaleza e Corpo de Bombeiros Militar / GSU - que atuam no serviço público de atendimento pré-hospitalar, e que

conjuntamente buscam a prestar um serviço à comunidade dentro dos princípios da universalidade e a equidade no campo da saúde pública da capital alencarina.

2.5– O Efeito do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar na Sociedade

A expressão por escrito no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 dos princípios da universalidade e igualdade no atendimento do campo da saúde e a implantação do processo de descentralização de tomada de decisões, norteou o início de demonstração real de uma preocupação dos governantes, mesmo que também tenha tido uma determinada pressão por parte de diversos setores da sociedade.

O contexto de criação dos serviços de atendimentos pré-hospitalar em âmbito nacional, e particularmente no Ceará, correspondente em termo temporal, com esta nova conjuntura de vivência dos direitos constitucionais alavancados pela Assembléia Constituinte de 1988. Eles surgiram como uma nova proposta para amenizar o agravamento do estado de uma vítima de acidente, ou mesmo, evitar o próprio óbito em caso de situações de ocorrências envolvendo emergência ou urgência.

Isto veio há beneficiar de maneira significativa a estrutura de planejamento, a implantação e execução desse novo serviço colocado à disposição da comunidade. No estado cearense, o citado serviço público de atendimento em caso de emergência foi iniciado na cidade de Fortaleza, surgindo no contexto da descentralização das ações estratégicas no campo da saúde. Fato este comprovado pela iniciativa estadual em implantá-lo, atribuindo como responsável legal o Copo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará, órgão da Polícia Militar, integrante da então da Secretaria de Segurança Pública.

Já na década de 1990, incrementou-se ainda mais o processo de descentralização, descrito pelo SUS, por meio da Lei nº 8.080: Lei da Organização

Básica da Saúde – LOS. A municipalização se fortaleceu e proporcionou à fundação, no município de Fortaleza, de um grupo de atendimento pré-hospitalar denominado de SOS-Fortaleza, também atendendo as solicitações diariamente de maneira ininterrupta o que veio a incrementar mais ainda a política pública neste campo social, propiciando uma opção a mais de atendimento a uma chamada de socorro para a população local.

A utilização deste tipo de serviço por dois entes governamentais, o Estado e o Município, dentro de uma mesma cidade beneficiando a toda uma população se torna um marco diferencial no atendimento universal e com equidade à sociedade. Segundo Belloni (2000; 61), um princípio a ser observado para a elaboração de uma política pública é o da sua interação com outras políticas públicas governamentais.

O monitoramento dos resultados obtidos, em termos de número de atendimentos e quadro de mortalidade, no transcorrer dos anos, a real necessidade da existência desse serviço no município demonstra a diminuição do crescimento da mortalidade por causas externas em Fortaleza no período em destaque.

O serviço de atendimento pré-hospitalar se tornou no decorrer de 14 (quatorze) anos de atuação, completados no ano de 2003, um referencial no cumprimento dos princípios de universalidade e equidade no atendimento à população fortalezense, prestando socorro em toda área jurisdicional da capital, atendendo de maneira igualitária, dentro do molde estrutural de cada órgão, a todos, que em caso de emergência realizaram uma solicitação de ajuda.

CAPÍTULO III - O SERVIÇO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA VISÃO DOS SEUS GESTORES

O desenvolvimento desse capítulo se baseou na realização de entrevistas com os atores que desenvolvem o planejamento e coordenam a política pública de atendimento pré-hospitalar no município de Fortaleza. A peculiaridade dessa prestação do serviço público, ser efetuada por duas esferas governamentais – Estado e Município na capital cearense - determinou que o universo a ser escolhido para estudo fosse o sistema de controle de saúde cearense.

As entrevistas, seguindo um roteiro preparado, foram conduzidas no período entre janeiro e fevereiro de 2005, destaca-se que a amostra definida foi de um total de 06 (seis) pessoas que estão ligadas diretamente a todo o processo, sendo considerada uma média de tempo por volta de 100 minutos para cada uma. Concluídas, transcreveu-se e se analisou os seus conteúdos.

Inicialmente, no âmbito estadual buscou-se o contato com a Secretaria Estadual da Saúde – SESA -, por meio do seu Secretário Adjunto o Sr. Alexandre Roberto das Neves Moreira, que em virtude do tema envolver causas externas encaminhou o repasse das informações diretamente a Coordenadora Sra. Itamacia Carneiro, da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Posteriormente, entrevistou-se o no Corpo de Bombeiros Militar do Estado Ceará o Comandante Adjunto o Sr. Coronel QOBM João Vasconcelos Sousa e no Grupamento de Socorro de Urgência – GSU - que recentemente passou a ser denominado de Núcleo de Atendimento Pré-hospitalar – NAPRH -, a pessoa do seu Sub-Comandante o Capitão QOBM Albert Eistein.

Na esfera municipal, os entrevistados foram o Sr. Alex Montalverne – Coordenador de Políticas Públicas do Município, o médico Sr. Cássio Jesus Alencar Luna coordenador do serviço de atendimento pré-hospitalar municipal, denominado SAMU / FORTALEZA 192 e o médico e ex-coordenador o Sr. Cristiano Walter Moraes Rola Júnior, que também foi um dos fundadores do SOS-FORTALEZA agora

denominado SAMU / FORTALEZA 192, tendo sido coordenador do mesmo por vários anos.

Destaca-se que na visita à Coordenação Estadual de Emergência e Urgência a sua coordenadora, Sra. Itamacia, explicou a adequação da SESA à Portaria GM nº 1864, de 29 de setembro de 2003, que determina a criação da citada coordenação. Declarou ainda que seguindo o pré-estabelecido na própria Portaria Ministerial, cabe à Secretaria Estadual de Saúde, no âmbito de política de atenção à urgência, as macrofunções na dimensão de organização e regulação, conseqüentemente questionamentos sugeridos na entrevista ficariam melhor respondidos no âmbito da prefeitura de Fortaleza.

Já no tocante aos trabalhos que deveriam ser articulados pela Coordenação Estadual de Emergência e Urgência, a coordenadora informou que todo processo de controle e acompanhamento ainda não havia sido iniciado em virtude da não concretização da sua própria estrutura organizacional desse grupo de trabalho, que ainda se encontrava em nível de aprovação na Secretaria de Administração do Estado – SEAD. Ficando no campo estadual as respostas restritas ao Corpo de Bombeiros.

Analisaram-se as questões respondidas a partir do aspecto da existência de política pública de saúde no combate à mortalidade por causas externas no Ceará, da importância do atendimento pré-hospitalar no serviço de urgência apontando o efeito positivo ou não desse serviço na redução da mortalidade por acidentes e violência, das dificuldades para a prestação do serviço de atendimento pré-hospital de qualidade à sociedade fortalezense e finalmente as perspectivas para a melhoria da qualidade do serviço colocado à disposição da comunidade segundo os princípios de equidade e universalidade do SUS.

3.1 – A saúde pública no enfrentamento da mortalidade por causas externas no Ceará.

O Sr.. Alex analisa a política pública como uma integração de diversos órgãos municipais. Ele relata que: “Trabalhar em conjunto com a AMC para reduzir os acidentes, o SAMU para o atendimento pré-hospitalar e sempre discutindo as emergências. É fundamental melhorar as vias públicas”.

O atual coordenador o Sr. Cássio analisa o fato da influência das causas externas como uma realidade não só local, mas nacional e que o governo já vem atuando em cima dessa questão. Ele comenta que:

“As mortes em decorrência de violência têm aumentado em todo o Brasil, enquanto as doenças clínicas têm diminuído a estatística. Acredito que o que falta além do que se está fazendo é a prevenção.”

O ex-coordenador, Sr. Cristiano acredita que a atuação governamental demorou a efetivar uma política pública para atuar na área de emergência. Ele ressalta que:

“A partir de 2003 houve um avanço grande nesta área por conta da Política Nacional de Urgência e Emergência - Portarias do Ministério da Saúde Nº 1863 e 1864, esta específica do atendimento pré-hospitalar. Mas eu acho que esta área foi abandonada pelas entidades governamentais por muitos anos e por todos os níveis (federal, estadual e municipal).”

O coronel Vasconcelos acredita que uma maneira do Estado vem se manifestando no enfrentamento desse agravo à saúde desde da implantação do serviço de atendimento pré-hospitalar na capital cearense, como ele comenta: “O governo do Estado do Ceará de a muito tem esta política, a criação do Grupo de Socorro de Urgência é uma prova viva da política pública de saúde”.

O Capitão Albert vê que existe um interesse do poder estatal em buscar minimizar a mortalidade por acidentes e violência, falta apenas uma melhor sintonia entre os entes governamentais envolvidos, ele diz que:

“As mortes por causas externas já são considerados a 2ª maior causa de mortes no Brasil na população economicamente ativa, o que traz grandes prejuízos para o estado. A estrutura governamental está buscando modificar o quadro, o problema é organizar as três esferas um objetivo, pois possuem planos distintos.”

3.2 – A importância do serviço de atendimento pré-hospitalar no serviço de urgência e emergência

O Sr. Alex reconhece o valor do atendimento pré-hospitalar, mas ressalta também a necessidade de se atuar na origem dos fatos, ele comenta o seguinte:

“O atendimento pré-hospitalar é um instrumento eficaz no enfrentamento da mortalidade por causas externas, entretanto tem que se combater a violência na raiz, cito o exemplo da violência do trânsito, pois tem que se estudar o trânsito, as ciclovias, o reforço na fiscalização, enfim existe uma série de coisas a se fazer. Tem-se o atendimento pré-hospitalar e ele é uma arma fundamental para salvar vidas, além de ser uma determinação clara do governo federal e municipal de municiar as ambulâncias, ressalta-se que em Fortaleza se tem o SAMU e O GSU, que foi o pioneiro no estado.”

O Sr. Cássio destaca o valor da prevenção para atuar nos agravos à saúde, entretanto focaliza o atendimento pré-hospitalar como algo de grande relevância para a sociedade, como ele explica:

“Então na conjuntura brasileira acho que, para melhor se preparar, deve-se abordar a questão da prevenção. E quando já aconteceu, no caso o acidente, o atendimento pré-hospitalar hoje é uma realidade e a comunidade depende deste atendimento e ela não pode ficar sem ele, pois ele se tornou imprescindível para ela.”

O Sr. Cristiano vê esse tipo de atendimento de uma forma bem mais ampla, ou seja, além da prestação de serviço à sociedade em caso de emergência, ele o vislumbra como um importante instrumento para a melhoria do sistema hospitalar como um todo. Como ele próprio comenta:

“O serviço de atendimento pré-hospitalar mudou alguns conceitos de saúde no Brasil. Ele trabalha à margem do sistema hospitalar convencional e por isso ele começa a detectar problemas no sistema já instalado. (...) Se os relatórios do serviço fossem utilizados na direção de correção de programas com certeza ele poderia ajudar e muito. Agora, o próprio serviço do atendimento pré-hospitalar foi uma necessidade que foi surgindo, não foi uma invenção nossa, no Brasil, muitos países já partiram na frente, mas é uma necessidade porque muitas pessoas morriam antes de chegar a um

hospital, ou chegavam com seqüelas irreversíveis por falta de um serviço que realmente acolhesse o paciente em casos de acidentes ou violências.”

Na visão do coronel Vasconcelos, o atendimento pré-hospitalar é uma solução alternativa na diminuição da mortalidade por causas externas, mas dá ênfase ao trabalho com a prevenção. Ele disse: “Sim, o atendimento pré-hospitalar é alternativa nesse problema de saúde pública, mas não somente ele, deve-se fazer campanhas educativas para minimizar as causas e efeitos da mortalidade por causas externas.”

O Capitão Albert vê a prestação desse serviço como muito benéfico à comunidade como um todo. Ele declara:

“O atendimento pré-hospitalar pode minimizar os danos ao cidadão nos casos de acidentes, no entanto o atendimento deve ser bem feito, para poder evitar o agravo maior à vítima, em consequência do acidente em si e da atuação da própria equipe de socorro.”

3.3 – As dificuldades na prestação do serviço de atendimento pré-hospital à sociedade fortalezense

O Sr. Alex destaca que na execução dos serviços alguns problemas de ordem administrativa atrapalham o bom desempenho do serviço na capital do Estado. Ele os descreve assim:

“As dificuldades sérias são: a manutenção das ambulâncias, mas já está sendo resolvido com a parceria com a Autarquia Municipal de Trânsito, o grande número de terceirizados, a operacionalização do geoprocessamento – gps, alguns de ordem administrativa como controle e fiscalização de peças e combustíveis, mas no ponto de vista de assistência sempre foi de muita boa qualidade. Teve uma época, antes de receber as ambulâncias do Governo Federal, que estava precário mesmo”.

O Sr. Cássio acredita que a problemática atual do atendimento pré-hospitalar em Fortaleza está ligada à relação densidade demográfica e o aparato instrumental para atuar no serviço, como ele diz:

“Em relação ao número de pessoas que moram em Fortaleza, nós ainda estamos com um número menor do que o ideal em termos de UTI móveis e ambulâncias, mas esta questão já foi levada ao Ministério da Saúde, e está se aguardando a resposta nos próximos meses para aumentar a frota”.

No modo de ver do Sr. Cristiano, os problemas não estão apenas no serviço em si, mas envolve o aspecto sócio-econômico-cultural da população da capital. Ele descreve o seguinte:

“Com certeza, tem-se inúmeras dificuldades. A primeira é a compreensão da população do que é emergência e urgência do ponto de vista do que é saúde. As pessoas confundem dificuldade de acesso com esses tópicos. Um exemplo; uma mãe está com um filho com febre às 02:00h em casa em uma favela sem medicação, sem um carro, sem um ônibus, pergunta-se é urgência ou não o é? É uma grande discussão, o problema começa com outras dificuldades na população que não é só nas solicitações, isto gera uma falsa demanda, pois tais serviços deveriam ser absolvidos em outros níveis. (...) A segunda é no sistema de saúde local que precisa passar por uma integração nos níveis. Hoje, trabalha-se muito o pré-hospitalar para um lado e o hospitalar para o outro, não há uma integração desses níveis e o sistema precisa disto para se trabalhar dentro dos princípios do SUS da universalidade, da integralidade e da equidade. (...). A terceira está no próprio serviço de atendimento pré-hospitalar que tem problemas internos básicos como manutenção de viaturas e a valorização do profissional que trabalha no SAMU. (...). Os problemas são esses, no entanto já demos um salto de qualidade muito grande desde que começou para cá em termos de serviço”.

No que se refere às dificuldades enfrentadas pelo serviço de atendimento pré-hospitalar, o coronel Vasconcelos as detecta inseridas dentro de um contexto macro-econômico, ele explica que:

“Os problemas enfrentados para colocar um serviço com eficiência como esse estão vinculados com o aspecto financeiro, tendo em vista o processo de globalização, que afetou em muito a economia de diversos países em desenvolvimento, entre eles o Brasil, e por consequência a estrutura governamental existente, particularmente a do Estado do Ceará.”

O Capitão Albert analisa o atendimento sem toda aquela eficiência desejada pela população fortalezense como algo vinculado a fatores estruturais básicos que comprometem a execução da atividade com qualidade. Ele comenta que:

“Atualmente o serviço de atendimento pré-hospitalar não está sendo feito a contento, pois se tem falta de material, viaturas e pessoal, e principalmente porque ainda não existe um entrosamento claro entre o serviço realizado pelo estado e pelo município, este com apoio de recursos federais, gerando assim uma desigualdade de condições de trabalho entre tais instituições”.

3.4 – Integração dos entes governamentais atuantes no serviço de atendimento pré-hospitalar no município de Fortaleza

O Sr. Alex observa a existência dessa peculiaridade em Fortaleza da atuação de dois entes governamentais no serviço de atendimento pré-hospitalar e vê possibilidade de alguma espécie de parceria entre ambos. Ele relata que:

“O Corpo de Bombeiros foi pioneiro. Houve um período em que chegava os dois serviços, isto era um desperdício. Poderia ter sido feito alguma coisa tipo uma regulação única ou divisão por área, e já existe um projeto para integração de todo o Estado pelas rodovias.”

O Sr. Cássio reconhece o Corpo de Bombeiros como uma instituição que já vem atuando nessa área do atendimento pré-hospitalar já a algum tempo, e como tal destaca a importância da elaboração de uma parceria, claro que com determinadas adequações de operacionalidade, entre essas duas esferas governamentais, Município e Estado. Tudo com objetivo de melhor servir a sociedade fortalezense no campo da saúde pública. Ele defende o seguinte:

“Acha-se fundamental a parceria com a população leiga, motoristas de táxis, motos-táxi, pedreiros, ou qualquer outro profissional, com o bombeiro que tem na sua essência o salvamento de vidas, essa parceria existe desde o momento em que se propõe a tratar qualquer que seja o paciente. E ela é fundamental, mas tem que haver uma linguagem única, uma central única para haver a regulação do atendimento para que a ambulância do SAMU não chegue junto com a do GSU. Aqui não há interesse de quem irá chegar primeiro, ou quem vai para o maior número de ocorrências. É necessário que haja equidade no atendimento, como por exemplo se eu tenho 02 (duas) ambulância e o GSU 20 (vinte) ao todo a população fortalezense tem 22 (vinte e duas) ambulâncias. (...) Essa parceria deve existir, tem espaço e está sendo construída.”

O Sr. Cristiano observando o contexto da atuação do serviço do atendimento pré-hospitalar na capital cearense, detectou a atuação tanto do governo estadual como municipal, e acredita na alternativa de se trabalhar em conjunto nessa área da saúde pública. Ele relata que:

“Quando se montou o serviço no Corpo de Bombeiros era uma parceria entre ele, a Secretaria de Saúde e a Universidade Federal do Ceará e outras diversas instituições o apoiando financeiramente, tecnicamente e no que fosse preciso, só que depois o serviço foi entregue totalmente na responsabilidade da Corporação. (...). O Corpo de Bombeiros tem uma função importantíssima que nenhuma outra instituição o substitui, que é o

resgate, e ele é o real papel do bombeiro. Um não está para substituir outro, pois cada tem a sua função, e tem que trabalhar em conjunto. (...) No meu modo de ver tem que atuar em conjunto com o SAMU fazendo o resgate, qualificando-se cada vez mais se integrando com o SAMU”.

A parceria entre o Estado e o Município na atuação do atendimento pré-hospitalar é vista como um instrumento de melhoria desse serviço para o coronal Vasconcelos, ele expõe o seguinte:

“A realização de uma parceria do Corpo de Bombeiros e o SAMU para atuar no serviço de atendimento pré-hospitalar é viável com certeza, já fiz referência, a parceria deve ser praticada, além de ser um dos vetores do desenvolvimento, como um Estado Federado, e os Municípios fazem parte do Estado.”

No ponto de vista do Capitão Albert a concretização de um trabalho engajado entre o Corpo de Bombeiros e o SAMU para o atendimento no caso de violência e acidentes é uma questão política de diálogo e convergências de opiniões, ele explica que:

“Na busca da integração entre o Corpo de Bombeiros e o SAMU, é necessário que um ceda espaço para o outro, principalmente realizando parcerias em que a população ganhe, como, por exemplo, evitar a duplicidade de ocorrência como se tem hoje ainda, ou seja, aonde vai uma viatura do SAMU e uma do Corpo de Bombeiros. É necessária a padronização do atendimento, para tal é necessário a realização de um esforço político para se chegar a um entendimento das partes envolvidas abordando a decisão da união ou não de forças.”

3.5 – O efeito do serviço de atendimento pré-hospitalar na diminuição da mortalidade por causas externas

Dentro da estrutura de controle da política pública o Sr. Alex informou que tinha assumindo a Coordenação de Políticas Públicas recentemente, logo após a transição eleitoral e não havia subsídios suficientes para informar o efeito do atendimento pré-hospitalar na redução da mortalidade por causa externas em Fortaleza.

O Coordenador do SAMU avalia de maneira positiva a atuação do serviço atendimento pré-hospitalar em Fortaleza no caso dos acidentes e violências, desde a sua implantação. Ele comenta que:

“O número de vítimas fatais e sequeladas dos acidentes em decorrência da violência reduziram em relação a antes do início do atendimento pré-hospitalar. Isto se você conseguir relativizar porque hoje a violência está muito maior que em 1988.”

No entendimento do Sr. Cristiano, o atendimento pré-hospitalar foi eficiente na sua atuação na capital cearense, entretanto ele observa que poderia ter sido melhor ainda. Nas suas palavras ele disse que:

“O atendimento pré-hospitalar contribuiu e muito para reduzir a mortalidade por causas externas, agora poderia está em um patamar bem melhor do que está hoje, pois foi um pioneiro no Brasil, sendo o segundo a implantá-lo. (...) O bombeiro militar contribuiu muito e poderia ter colaborado mais ainda se tivesse mantido as parcerias que tinha quando começou (UFC, SESA)”.

Observando somente as estatísticas do próprio Corpo de Bombeiros, o coronel Vasconcelos já acredita no efeito positivo do atendimento no enfrentamento da mortalidade por acidentes e violências, e ressalta:

“O serviço de atendimento pré-hospitalar conseguiu diminuir o número de mortos por causas externas em Fortaleza desde a sua implantação em 1988, para isso basta ver as estatísticas dos serviços do Corpo de Bombeiros, cuja média de atendimento do Grupamento de Socorro de Urgência é de 70 atendimentos dia.”

O Capitão Albert comentando o atendimento pré-hospitalar como um todo em Fortaleza identifica que ambos as esferas públicas – Estado e Município - contribuíram para o bom desempenho desse serviço público, ele informa que:

“Quando surgiu o GSU o nível de mortes vítimas de acidentes diminuiu, com a chegada do SOS, poucos anos depois, favoreceu mais ainda a queda desse número da mortalidade. O atendimento pré-hospitalar é fundamental para a população alencarina no contexto geral, com certeza se houvesse a união dos serviços e a melhor distribuição das verbas entre eles, a diminuição de mortes será muito maior ainda.”

3.6 –As perspectivas para o serviço de atendimento pré-hospitalar para os próximos anos

Na visão estratégica da manutenção desse serviço, o Sr. Alex informou que a gestão municipal esta trabalhando com atenção especial para o atendimento pré-hospitalar dentro das políticas públicas de saúde, ele comenta que:

“Temos uma determinação muito clara de fortalecer esta área. Ela foi uma das primeiras áreas em que a atual gestão mudou todos os gestores. Têm-se dado várias prioridades para garantir o funcionamento e não deixar que falte nada. Para a prefeitura Municipal de Fortaleza é uma área estratégica, e será garantida a população.”

O Coordenador do SAMU vislumbra uma participação efetiva da sociedade na propagação dos conhecimentos básicos dos primeiros socorros buscando criar uma grande rede interligada trabalhando a prevenção como foco principal. Ele explica que:

“A atual gestão do SAMU tem uma tônica que é a prevenção. O trabalho além do que já vinha sendo feito é buscar envolver a comunidade em um programa tão grande como o da dengue, visando um treinamento para que a população possa nos ajudar nos primeiros momentos do atendimento. (...) Outro aspecto importante é o treinamento das equipes para uma reciclagem de todo o pessoal, espera-se ainda a aquisição de modernos equipamentos e outras ambulâncias. (...) A perspectiva é que haja uma melhoria da qualidade do atendimento, quanto o envolvimento da comunidade”.

O Sr. Cristiano, observando o contexto da atuação do serviço do atendimento pré-hospitalar na capital cearense, detectou a atuação tanto do governo estadual como municipal e ele acredita na alternativa de se trabalhar em conjunto nessa área da saúde pública. Ele relata que:

“Espero que o sistema de pré-hospitalar tenha esta visão da integração de todos os órgãos de urgência e emergência. Não se faz saúde só, mas com todos que atuam direta ou indiretamente nessa área, para isto tem que ser criado um comitê municipal de emergência e urgência médica, aliás, já foi criado. (...). O pré-hospitalar precisa de uma integração maior dentro do sistema de saúde, precisa ser encarado como parte integrante, hoje há uma desvalorização do pré-hospitalar dentro sistema como um todo. As pessoas o vêem apenas como transporte, remoção não o vêem como uma unidade móvel de saúde, não o vêem como uma unidade que realmente reduz mortalidade, uma unidade de saúde que pode influenciar entre a vida e a morte de uma pessoa. Uma unidade móvel que vai levá-lo para o

hospital correto, vai estabilizar e dar o primeiro atendimento antes de encaminhar, vai transportar corretamente e evitar seqüelas, então o pré-hospitalar não é simplesmente um transporte da vítima para cá, para lá. Ele tem a repercussão bem maior do que querem dar a ele. (...) Mas eu acho que foi um avanço muito grande de 2003 para cá, depois do lançamento dessa política, inclusive uma integração em nível de Brasil dos serviços, (...) se o pré-hospitalar for encaminhado de maneira técnica ele ainda irá crescer muito em Fortaleza.”

A visão do coronel Vasconcelos, no tocante a perspectiva, é de cautela e observação do desenvolvimento da conjuntura governamental. Ele diz que: “A gestão é do Comando da Corporação do qual sou o adjunto, mas o momento é de reestruturação dos serviços”.

Na interpretação do Capitão Albert, a ação do GSU no atendimento pré-hospitalar em Fortaleza possui dois cenários distintos para os próximos anos, um com caráter de avanço na qualidade do serviço e outro com previsão de sérias dificuldades. Ele relata que:

“Na perspectiva positiva, esperamos que tenha no futuro a parceria do SAMU / Corpo de Bombeiros e que o gerenciamento do serviço seja melhor. Na perspectiva negativa, não aconteceria a parceria entre as duas entidades já relacionadas anteriormente, o que implicaria na diminuição em massa do poder operacional do GSU, fato este que seria desagradável para a população, pois já existe uma história dessas equipes bomberísticas de mais de 15 (quinze) anos de serviços em um total aproximado de 250.000 (duzentos e cinquenta mil) pessoas salvas.

CONCLUSÃO

O tema saúde passou a integrar a vida em sociedade a partir do misticismo. O homem na busca de descobrir as soluções dos problemas que lhe afligia, e não tendo ainda um conhecimento organizado de uma forma sistematizada, recorria normalmente às explicações do mundo do sobrenatural para encontrar as respostas às dúvidas existentes.

Os avanços tecnológicos ocorridos ao longo do tempo permitiram a melhoria no desempenho na relação saúde e doença, com isso se proporcionou o aumento da qualidade de vida das pessoas, no entanto eles também influenciaram diretamente nas modificações no quadro da morbi-mortalidade nas sociedades mundiais no decorrer desse período.

Considerando como referência a saúde pública no século XX, em âmbito mundial, percebe-se essa transformação da realidade social por meio da análise das principais causas de mortalidade no mundo. Na sua primeira metade, as doenças do tipo infecto-contagiosas ocupavam o primeiro lugar em mortalidade geral. Chegando nas suas duas últimas décadas, 1980 e 1990, as doenças crônico-degenerativas e os agravos aumentaram sua freqüência, tornando-se as principais causas de óbitos. Essa mudança no quadro estatístico ficou denominada como 'transição epidemiológica'.

O caso dos agravos à saúde em decorrência de acidentes e violências, que recebem o título de Causas Externas no CID-10, tomou grandes proporções a partir de 1980. Organismos internacionais como Organização Mundial da Saúde e Organização Pan-Americana de Saúde já o reconheceram como um dos maiores problemas mundiais de saúde pública. Tais instituições desencadearam iniciativas internacionais de prevenção na intenção de combater a questão da violência de diversas maneiras. Dentre elas, cita-se as *medidas preventivas*, das quais o atendimento pré-hospitalar é uma delas, se encontra enquadrado no nível secundário.

As dificuldades para o enfrentamento da violência e a ausência de ações estatais voltadas para a área de emergência e urgência no planejamento governamental brasileiro levaram as causas externas a se tornarem uma das principais causas de mortalidade registradas no país.

O governo federal só veio a atuar de maneira mais formalizada no enfrentamento desse problema a partir de 2001, por meio do planejamento de uma política pública elaborada pelo Ministério da Saúde. O Ceará em 1989, que tinha à frente do poder governamental um grupo de empresários e na Secretaria de Saúde uma equipe de sanitaristas inovou e lançou o serviço de atendimento pré-hospitalar dentro dos princípios da universalidade e da equidade do SUS, antes mesmo da sua regulamentação pela Lei Orgânica Básica da Saúde de nº 8.080, isto em 1990. Na época o Corpo de Bombeiros Militar assumiu a responsabilidade pelo serviço.

Avançando no processo da municipalização da saúde, explicitado pela Lei de Organização Básica da Saúde, a Prefeitura de Fortaleza lançou em 1992 um serviço para prestação de socorro em casos de emergência e urgência, que ficou denominado de SOS / Fortaleza.

A atuação de ambas esferas governamentais – estado e município - nesse campo da saúde pública favoreceu à população, pois se disponibilizou duas centrais telefônicas de emergência de discagem gratuita, de números 192 e 193, o que possibilitou ainda mais o acesso fácil, e de maneira igualitária, a todos os fortalezenses.

Entretanto, destaca-se que geralmente uma ocorrência pode ser vista por várias pessoas ao mesmo tempo, e elas próprias, em virtude da facilidade de acesso ao serviço por meio telefônico, acionam de uma só vez todos os órgãos atuantes, e como não foi possível ainda integrar o sistema de comunicação entre eles, é enviada em alguns casos a ambulância de ambas organizações.

A visão dos gestores do serviço de atendimento pré-hospitalar, tanto no nível estadual como municipal, foi bastante semelhante. Todos concordam que o

serviço de atendimento pré-hospitalar influenciou positivamente a melhoria da saúde pública do fortalezense no aspecto no combate às causas externas.

Entretanto, os diretores dos órgãos governamentais que são responsáveis pela prestação do serviço pré-hospitalar em Fortaleza ressaltam várias problemas estruturais para um melhor atendimento à população, entre eles: o número não ideal de ambulâncias, a manutenção das existentes, uma equipe de profissionais ainda pequena em relação à demanda de solicitações, o recurso financeiro insuficiente, e a própria compreensão da sociedade no aspecto de quando o caso é ou não uma urgência para acionar a equipe de emergência.

Os núcleos gestores de saúde de ambas as esferas, estadual e municipal, apontam a importância da utilização desse tipo de atendimento na minimização dos efeitos nocivos à saúde da população nos casos de urgência e emergência, decorrentes de acidentes e violência na capital cearense. Fato este que se constata pelo índice de crescimento da mortalidade por causas externas em Fortaleza ter ficado bem abaixo da média estadual e nacional, ou seja, ele atingiu cerca 25,00%, contra os demais que ficaram em torno dos 40,00%.

Na perspectiva de melhoria qualidade do serviço os gestores do atendimento pré-hospitalar, tanto do município como do estado, vêem para os próximos anos a projeção de uma maior integração dos entes governamentais atuantes no serviço de atendimento pré-hospitalar no município de Fortaleza, precisando para isso ajustar decisões estratégicas como gestão compartilhada, a distribuição de recursos, a integração da comunicação, entre outras. Atualmente esses administradores públicos dizem que já se vem trabalhando para estruturar tal situação, mas pelas entrevistas se percebe que ainda é algo que se encontra em uma fase incipiente.

Diante do exposto, proponho a integração imediata, em Fortaleza, dos órgãos executores do atendimento pré-hospitalar, para que juntos possam sugerir a implantação pelo Ministério da Saúde, através portaria, de uma adequação estratégica na atual política de saúde pública de atenção a urgência do país. Essa

modificação trataria da criação de uma gestão compartilhada entre os dois entes governamentais, estado e município. Ela seria celebrada por meio de conselho gestor formado por integrantes das atuais organizações responsáveis pela prestação do atendimento. O controle geral e o planejamento estratégico seriam realizados por esta equipe. No que se refere aos recursos financeiros, seria necessário a implantação de um fundo especial para gerenciar os recursos necessários e assim poder distribuí-los de maneira eficiente e eficaz para a melhoria contínua da prestação do atendimento.

Finalmente, percebe-se que a opinião dos planejadores do serviço de atendimento pré-hospitalar na capital cearense esta coerente com o que esta acontecendo na execução da própria política pública colocada aos fortalezenses. Dentro desse contexto se pode afirmar que a política pública do atendimento pré-hospitalar na cidade de Fortaleza desde o ano 1988 até o ano de 2003 foi exercendo dentro dos princípios do SUS, e contribuiu para reduzir a mortalidade por causas externas, conforme análise das estatísticas nesse intervalo temporal, demonstrando assim uma eficiência na atuação governamental nesse assunto de saúde pública, mesmo diante algumas deficiências de gestão e do aumento acelerado da violência, cujas causas não estão restritas à área da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL.Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**, Série E, Legislação de Saúde. Brasília: Editora MS, 2004.

FORTALEZA, Histórico do SOS Fortaleza, documento cedido pelo núcleo gestor do Serviço de Atendimento Pré-Hospitalar Municipal –SAMU / FORTALEZA 192, 2004.

OMS. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. KRUG, Etienne G.. et al. Genebra-Suíça: Minimum Graphics, 2002.

LIMA, Nísia T. **O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: Uma História em Três Dimensões**. In FIIKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz / Organização Pan-America da Saúde / Organização Mundial da Saúde, 2002.

MERCADANTE, Otávio A. **Evolução das Políticas e do Sistema de Saúde no Brasil**. .In _____.FIIKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz / Organização Pan-America da Saúde / Organização Mundial da Saúde, 2002.

KLIKSBERG, Bernardo. **Desigualdade na América Latina – o debate adiado**. 3. ed. São Paulo: Cortez – UNESCO, 2002.

COHN, Amélia et. Al. **A Saúde como direito e como serviço**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

ABU-EL-HAJ. Jawdat. **Classe, Poder e Administração Pública no Ceará**. In PARENTE, Josênio e ARRUDA, José Maria. A era Jereissati – modernidade e mito. Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2002.

COHN, Amélia e ELIAS, Paulo E. **Saúde no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

LUZ, Madel T. **Políticas de Descentralização e Cidadania: Novas Práticas em Saúde no Brasil Atual**. In PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubens de Araújo (Orgs.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

BRASIL, Constituição, 1988. Constituição; República Federativa do Brasil. 3. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 737/ GM**, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências publicada em Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília nº 96, de 18 de maio de 2001, Seção 1E.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2000.

SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da Silva (coord.). **Processo de avaliação sistemática em saúde: uma contribuição para o planejamento do sistema de saúde do Ceará**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde Projeto Promoção de Saúde, Brasília, 2000.

PAIM, Jairnilson Silva e FILHO, Naomar de Almeida. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

HARGREAVES, Luiz Henrique H. et. al. **Suporte básico e avançado de vida em emergências**. Série Áreas de Administração – nº 07, Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000.

DIMITROV, Pedro. Chegamos a 2000 d. C., e a saúde para onde vai? **Revista O Mundo da Saúde**, v. 24, nº 01, jan / fev. 2000.

WALDMAN, Eliseu Alves. A Transição epidemiológica: tendências e diferenciais nos padrões de mortalidade em diferentes regiões do mundo. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 24, nº 01, jan / fev. 2000.

CEARÁ, Constituição 1989. Constituição; Estado do Ceará. Fortaleza: INESP, 2000.

BELLONI, Isaura et. al. **Metodologia de avaliação em políticas públicas** - Coleção Questões da Nossa Época – v.75. São Paulo: Cortez, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de S. e SOUZA, Edinilsa R. É possível prevenir a violência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V. 4 n. 01, Rio de Janeiro: ABRASCO – Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

NETO, Otávio C. e MOREIRA, Marcelo R. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. V. 4 n. 01, Rio de Janeiro: ABRASCO – Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ABU-EL-HAJ. Jawdat. **A mobilização do capital social do Brasil: o caso da reforma sanitária no Ceará**. São Paulo: Annablume, 1999.

COHEN, Ernesto e ROLANDO, Franco. **Avaliação de projetos sociais**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

VICENTINO, Cláudio. **História geral**. 8. ed. São Paulo: Scipione, 1999.

VANZIN, Arlete S. e NERY, Maria E. da S. **Enfermagem em saúde pública – fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzata, 1998.

CAIRNS, John. **Matters of life and death – perspectives on public health, molecular biology, cancer, and the prospects for the human race**. Princeton: Princeton University Press, 1997.

FARIAS, Aírton. **História do Ceará – dos índios à geração cambeba**. Fortaleza: Tropical, 1997.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. Diretoria de Saúde. Departamento de Epidemiologia. Boletim Epidemiológico de Mortalidade por Causas Externas, Ceará 1990 a 1995. Fortaleza, 1997.

HOLANDA, João Xavier de. **História do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Ceará**. S. n. t. (v. 1). Fortaleza, 1997.

SANSEVERINO, Jobel. **Manual de atendimento pré-hospitalar**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1997.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Society, Violence and Health. HPP Information Center Cataloging, Washington, D. C., 1996.

OMS, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Doença, 10. ver.. Ed. da Universidade de São Paulo (v.1)., 1996.

SOUZA, Edinilsa R. Violência social: um desafio para os serviços de saúde pública. **Revista Saúde em Foco**, São Paulo, ano V, n. 13, agosto, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde - Diretrizes e Estratégias para 1996 Projeto PNE - 1996.

DALLARI, Sueli Gandolf. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MERHY, Emerson Elias; GALLO, Edmundo e MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. **Razão e planejamento: reflexões sobre políticas, estratégia e liberdade**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1995.

BRASIL, Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1451/1995, **Diário Oficial da [República Federativa do Brasil]**, Brasília, de 17/03/1995, seção I.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira. 2.ed. São Paulo: Unesp e Hucitec, 1994.

KUEHL, Alexander. **Prehospital systems and medical oversight** – National Association of EMS Physicians. 2^o nd ed. St. Louise: Mosby – Year Book, Inc, 1994.

IYDA, Massako. **Cem anos de saúde pública – a cidadania negada**. São Paulo: Unesp, 1994.

BARBOSA, José Policarpo. **História da saúde pública do Ceará**. Fortaleza: UFC, 1994.

NASI, Luiz Antônio. **Rotinas em pronto-socorro: politraumatizados emergências ambulatoriais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KADT, Emanuele e TASCA, Renato. **Promovendo a Equidade – um novo enfoque com base no Setor de Saúde**, São Paulo – Salvador. Hucitec, 1993.

ANDRADE, Manuel Correia de. **O nordeste e a questão regional** – Série Princípio. 2. ed. São Paulo: Ática, 1993.

OLIVEIRA, Francisco de. **Elegia para uma re(li)gião – Sudene, Nordeste, planejamento e conflitos de classes**. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

ALCÂNTARA, Lúcio e COSTA, Frederico L. da. **Gestão de saúde pública: alguns desafios propostos pelos SUS** – Série Técnica Saúde – SUS - Secretaria de Saúde. Ed. Multigraf, 1992.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. **História geral da medicina**. 1. reimp. São Paulo: Hucitec / Universidade de São Paulo, 1991.

BRASIL, Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 19 de setembro de 1990.

NUNES, Everardo Duarte (org). **Juan César Garcia: pensamento social em saúde na América Latina**. Coleção Pensamento Social e Saúde - v. 05, São Paulo: Cortez – Abrasco, 1989.

BRASIL. Ministério do Interior. Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste. Plano Trienal de Desenvolvimento do Nordeste - 1988 -1990, Recife, 1988.

CEARÁ, Secretaria de Saúde, Portaria nº 555, 09 de junho de 1988. Institui e compõem o Grupo de Coordenação do Sistema de Emergência Médica em Fortaleza.

LYIONS, Albert S. e PETRUCELLI, R. Joseph. **Medicine in illustrated history**. Harry N. Abrams, Inc., Publishers, 1987.

THE COMMITTEE ON ALLIED HEALTH – American Academy of Orthopaedic Surgeons. Socorros Médicos de Emergência. Traduzido por Lis Araújo Zin, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2. ed., 1988.

KARREN, Keith J. and HAFEN, Brent Q. **First responder – a skills approach**. 2nd. ed. Morton Publishing Company, Colorado, 1986.

ANDRADE, Manuel Correia de. **A terra e o homem no nordeste – contribuição ao estudo da questão agrária no nordeste**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1986.

BRASIL. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. SUDENE. Política de Desenvolvimento do Nordeste, Lei nº 7.499, de 25 de junho de 1986.

LÓPEZ, Mario. **Emergências médicas**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

BRASIL. Secretaria de Planejamento da Presidência da República. Ministério do Interior. SUDENE. Aspectos Gerais dos Recursos Humanos do Nordeste – Vol. 04, Recife, 1984.

GUIMARÃES, Cid. **Situação Assistencial Brasileira**. In GONÇALVES, Ernesto Lima (org.). **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1982.

NICZ, Luiz F. **Previdência Social no Brasil**. In _____. **Administração de saúde no Brasil**. São Paulo: Pioneira, 1982.

PRADO JÚNIOR, Caio. **História econômica do Brasil**. 28. ed. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1983.

SINGER, Paul; CAMPOS, Oswald e OLIVEIRA, Elizabeth M. de. **Prevenir e curar. O controle social através dos serviços médicos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

BRASIL, UNICEF. Ministério da Saúde. Cuidados Primários de Saúde – Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados Primários da Saúde. Alma –Ata, URSS, 6 – 12 de setembro de 1978. Brasília, 1979.

LEAL, Vinícius Barros. **História da medicina no Ceará** – Coleção Cultura Cearense. Fortaleza: Ed. Secretaria de Cultura, Desporto e Promoção Social, 1978.

BRASIL. Lei nº 6.299, de 17 de julho de 1975. Dispõem sobre a Organização do Sistema nacional de Saúde – **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 17 de julho de 1975.

www.tabnet.datasus.gov.br. pesquisa realizada em 24/01/2005.

www.defesacivil.rj.gov.br, pesquisa realizada em 25/01/2005.

www.polmil.sp.gov.br/ccb/pg.28, pesquisa realizada em 25/01/2005

www.sesanet.saude.ce.gov.br. pesquisa realizada em 02 /07/2003.

www.súde.gov.br/programs/acidviol/areas. pesquisa realizada em 17/01/2002.

www.comciencia.br. VOGT, Carlos. **Ciência e Contingência**. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico nº 32. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência -SBPC / Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo – LABJOR- UNICAMP. junho de 2002. pesquisa realizada em 04/01/2005.

www.comciencia.br. CASTELÕES, Liliane. **Medicina de Guerra e de Emergência são Semelhantes**. Revista Eletrônica de Jornalismo Científico nº 32. Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência -SBPC / Laboratório de Estudos Avançados em Jornalismo – LABJOR- UNICAMP. junho de 2002. pesquisa realizada em 04/01/2005.

ANEXOS

ANEXO – I**ENTREVISTA COM OS GETORES DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ E DO GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA**

1) A saúde após a CF/88 e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 está passando por um processo de municipalização cada vez mais acentuado. Diante desta realidade o senhor acredita que há uma sobrecarga de tarefas para a gestão municipal?

2) Na sua opinião, o Estado poderia dentro de uma estruturação nacional trabalhar em parceria com alguma atividade explícita do município?

3) A mortalidade por causas externas está aumentando consideravelmente tanto em âmbito mundial como nacional chegando mesmo a ser nos últimos anos uma das principais causas de morte. A atual estrutura governamental está buscando modificar positivamente este quadro?

4) O atendimento pré-hospitalar pode ser uma alternativa para minimizar tão grave problema?

5) Na sua visão, atualmente existe uma política pública de saúde no campo do atendimento pré-hospitalar?

Se sim, como ela está funcionando?

Se não, Sr. Sabe o porquê?

6) O serviço pré-hospitalar que V. Sa. coordena está conseguindo atender a população dentro dos princípios de universalização e equidade determinados pelo SUS?

- 7)** Quais os problemas enfrentados por V. Sa. para dispor à população um serviço de atendimento pré-hospitalar com eficiência?
- 8)** O Sr. acha que quando ocorreu a ratificação da municipalização do serviço de atendimento pré-hospitalar, a população sentiu os efeitos desta nova realidade?
- 9)** Na sua opinião, O Corpo de Bombeiros e o SAMU / FORTALEZA 192 podem gerar uma parceria, estruturado nacionalmente, em benefício da população Alencarina?
- 10)** O Sr. acredita que o serviço de atendimento pré-hospitalar desde a sua estruturação em 1988 conseguiu diminuir o número de mortos por causas externas no município de Fortaleza?
- 11)** Qual a perspectiva que o sr tem atualmente para o serviço de atendimento pré-hospitalar em Fortaleza para os anos seguintes de sua gestão?

ANEXO – II**ENTREVISTA COM O COORDENADOR E EX-COORDENADOR DO SAMU / FORTALEZA 192**

- 1) Com o processo de descentralização do poder governamental central após a promulgação da CF/88 e da Lei nº 8080 / 90 - Lei Orgânica da Saúde os municípios passaram a receber maiores atribuições na execução de serviços públicos, entre eles o da saúde. A cidade de Fortaleza estava preparada para assumir tal responsabilidade?
- 2) As políticas públicas no campo da saúde pública, implantadas em Fortaleza, estão conseguindo abranger todas as áreas específicas das necessidades da população?
- 3) Na opinião do Sr., o Estado poderia atuar como parceiro em determinadas áreas de prestação de serviços de saúde à população alencarina?
- 4) A mortalidade por causas externas está aumentando consideravelmente tanto em âmbito mundial como nacional chegando mesmo a ser nos últimos anos uma das principais causas de morte. A atual estrutura governamental no campo da saúde está buscando minimizar esta realidade?
- 5) O serviço de atendimento pré-hospitalar pode ser considerado como um forte instrumento dentro deste desafio de ordem social enfrentado pelo governo?
- 6) Diante da conjuntura nacional na área da saúde pública, pode-se dizer que a capital cearense possui uma política pública de atendimento pré-hospitalar que atenda aos princípios do SUS?
- 7) Na visão do Sr., o antigo SOS Fortaleza, hoje SAMU enfrenta alguma dificuldade para exercer um serviço de qualidade para a população?

Se sim, Quais?

Se não, como ele está?

8) Qual a sua opinião sobre o serviço de atendimento pré-hospitalar operacionalizado pelo Corpo de Bombeiros em Fortaleza?

9) Dentro da visão de administrador público que o Sr. o é, existe alguma possibilidade de ambas esferas públicas trabalharem em conjunto beneficiando acima de tudo a população da capital cearense?

10) O Sr. acredita que o serviço de atendimento pré-hospitalar desde a sua estruturação em 1988, conseguiu diminuir o número de mortos por causas externas no município de Fortaleza?

11) Qual a perspectiva que o Sr. tem atualmente para o serviço de atendimento pré-hospitalar em Fortaleza para os anos seguintes de sua gestão?

.

ANEXO – III**ENTREVISTA COM OS GESTORES DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E DO MUNICÍPIO**

1) O processo de descentralização das responsabilidades pela execução dos serviços públicos de saúde, baseado tanto na CF/88 e na Lei nº 8080/90 - lei Orgânica da Saúde propiciou melhoria no planejamento das políticas públicas de saúde pública no Brasil?

2) A implantação das mudanças já vem ocorrendo há algum tempo. Hoje em dia o município já possui condições suficientes para assumir todas as responsabilidades a ele pré-estabelecidas pelo SUS?

3) É viável o desenvolvimento de parcerias, formalizadas nacionalmente, para se estabelecer o trabalho conjunto de ambas esferas governamentais, Estados e Municípios, em determinados assuntos específicos da saúde pública?

4) Nos últimos vinte anos, o problema do agravo à saúde, em decorrência da violência, está se tornando uma das principais causa de mortes em todo o mundo. A conjuntura brasileira no campo da saúde já vem se preparando para esta realidade? Há quanto tempo?

5) O serviço de atendimento pré-hospitalar é um instrumento eficaz para o enfretamento deste problema de ordem social?

6) Nacionalmente, e em particular em Fortaleza, existe uma política pública atuante no atendimento pré-hospitalar para a diminuição da mortalidade por causas externas?

7) Fortaleza, como em outras capitais do Brasil, possui o serviço de atendimento pré-hospitalar sendo realizado por duas esferas públicas, o estado com o Corpo de

Bombeiros e o Município com o SAMU / FORTALEZA 192. Dentro do aspecto de universalização e equidade a população da capital Alencarina está sendo beneficiada?

8) Na sua opinião, um convênio estruturado pelo Ministério da Saúde poderia contemplar a manutenção de tal situação que beneficia a população em geral?

9) O Sr. acredita que o serviço de atendimento pré-hospitalar desde a sua estruturação em 1988 conseguiu diminuir o número de mortos por causas externas no município de Fortaleza?

10) Qual a perspectiva que o Sr. tem atualmente para a o serviço de atendimento pré-hospitalar em Fortaleza para os anos seguintes de sua gestão?