

## 1 INTRODUÇÃO

O Direito Ambiental é trans e interdisciplinar, pois transcende, influencia e recebe influência dos diversos ramos do saber humano. Interdisciplinar porque estabelece conexões com as atividades humanas. Nessa perspectiva, tratar de assunto relativo à saúde ou à política pública, certamente, não escapa aos propósitos da ciência ambiental. Assim, a importância dada à matéria se torna recorrente nos estudos da Economia, Educação, Contabilidade, Geografia e de outros que reconheçam que a sociedade terrena vive em uma sociedade de risco.

Efetuar estudos que tratem de matéria relativa à saúde não se distancia do foco de estudo do Curso de Mestrado em Direito Ambiental e Políticas Públicas da Universidade Federal do Amapá.

Nesse passo, a presente dissertação aborda o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, o que exige preliminarmente, uma abordagem que faça a conexão entre saúde e meio ambiente.

Assim, diversos documentos internacionais reconhecem a relação entre saúde e meio ambiente, a exemplo da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), da Convenção de Basiléia (1989), do Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966), da Convenção da Organização das Nações Unidas sobre Direitos da Criança (1989), da Carta Social Européia (1996), a Carta de Ottawa (1986), dentre outros.

No âmbito doméstico, além de o Brasil ratificar esses documentos internacionais, expedindo atos normativos específicos para essa finalidade, promulgou a Constituição de 1988 e editou leis cuja leitura direta ou hermenêutica reconhecem a relação existente entre as duas áreas do conhecimento: saúde e meio ambiente.

No âmbito interno, pode-se citar a Lei Orgânica da Saúde (1980) e a Lei que cria a Política Nacional do Meio Ambiente (1981).

A doutrina de Carvalho (2006) dentre outros admite, com precisão e clareza a existência da relação ora expendida.

A relação entre saúde e meio ambiente é reconhecida também no Curso de Mestrado em Direito Ambiental e Políticas Públicas da Universidade Federal do Amapá, uma vez que oferece na grade curricular a disciplina Saúde e Meio Ambiente.

Partindo-se da certeza dessa relação e considerando a linha de pesquisa políticas públicas e meio ambiente, do Curso de Mestrado em Direito Ambiental e Políticas Públicas, buscou-se, no âmbito da Política Nacional de Atenção às Urgências, instaurada no Brasil pela Portaria GM n. 1.863, de 29 de setembro de 2003, destacar estudo acerca do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU-192), salientando-se que esse serviço foi implantado no Brasil, por meio da Portaria GM n. 1.864, de 29 de setembro de 2003.

Estudar o SAMU como política pública de atendimento às urgências médicas impõe um transcurso pela história da legitimação do direito à saúde como direito fundamental, salientando que o reconhecimento de tais direitos e garantias surge do fruto das lutas (às vezes armada, a exemplo da Revolta da Vacina no Rio de Janeiro, em novembro de 1904) da sociedade organizada contra ações exacerbadas do Estado contra seus cidadãos.

Partiu-se das origens, quando a propriedade privada se agigantou criando aura de absoluta e submetendo os não-proprietários do medievo, chegou-se à Magna Carta de 1215, assinada pelo Rei João Sem-Terra, às Cartas de Direitos, transpondo a Revolução Francesa, alcançando o constitucionalismo, destacando, entretanto, que o sistema penal da longa Idade Média (século V ao VX) era o da Inquisição: a Igreja apurava, o Estado executava a sentença<sup>1</sup>, numa perfeita conexão entre Igreja e Estado.

Ninguém pode esquecer, também, dos horrores que aniquilaram massas humanas além da Inquisição, da escravatura, do nazismo e de outros episódios de caráter genocida, que se não tiravam a vida, aviltavam a dignidade da pessoa, dizimavam o patrimônio e reduziam a pessoa a condições de humilhação inaceitável.

Nessa perspectiva, a Segunda Guerra Mundial levou o mundo a adotar medidas mais voltadas para a proteção da pessoa, vindo a ensejar a Declaração Universal dos Direitos do Homem de 1948, a qual tem sido basilar para a edição de outros documentos internacionais de direitos humanos.

---

<sup>1</sup> Em nome desse regime inquisitorial, Michel Foucault (1987) refere que o suplício iniciava quando o réu era conduzido ao lugar da execução, normalmente de camisa, descalço, cabeça coberta com véu preto, exposto em cadafalso, enquanto o meirinho lia ao povo a sentença.

Verifica-se, portanto, que a trajetória dos direitos humanos para concretização de proteções à pessoa decorreu e decorre sempre da movimentação em massa dos povos contra seus Estados, objetivando minimizar injustiças extremadas.

Assim, o direito à saúde como direito humano fundamental surge no contexto do Estado de Bem-Estar Social, também conhecido como Estado-Providência e ainda *Welfare State*, tendo origem na Grande Depressão de 1929 (SILVA, 2000).

Pelo caminho do constitucionalismo verifica-se o arrolamento de direitos fundamentais sociais postos nas Constituições dos países. Ocorre que não basta estabelecer um rol exemplificativo ou exaustivo nos documentos constitutivos dos regimes políticos dos países. Sem mecanismos que assegurem tais direitos de nada serve o rol de direitos postos: são letras mortas e sem quaisquer serventias aos cidadãos. É fundamental que o Estado crie ferramentas que viabilizem o exercício de direitos, daí a diferença entre direitos e garantias, sendo o direito um bem e a garantia o meio de exercitar o direito.

Foi por esse caminho que se chegou à Constituição Federal de 1988, a qual em mais de um dispositivo estabelece a saúde como direito fundamental social, determinando que se trata de direito de todos e dever do Estado, criando no mesmo documento político o Sistema Único de Saúde (SUS), suportado pelos princípios da universalidade, integralidade e gratuidade, dentre outros (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 2008).

Nessa perspectiva, o impacto sobre o orçamento público originado do SUS despertou a necessidade de elencar causas desse impacto redundando na necessidade de atacar a origem da questão. Desse modo, as autoridades sanitárias concluíram que a violência urbana e outras situações como pressão alta, diabetes e outras doenças impendiam adotar medidas que mitigassem essas ocorrências, exurgindo, em 19 de setembro de 2003, a Política Nacional de Atenção às Urgências, pela Portaria GM n. 1863 (BRASIL. MINISTÉRIO/PORTARIA, 2004).

Tal Portaria estabelece quatro frentes de atenção às urgências, abrangendo componentes pré e pós-hospitalares, fixos e móveis. No mesmo dia o Ministro da Saúde editou a Portaria GM n. 1864 para destacar especificamente o componente pré-hospitalar móvel, onde se encontra o SAMU, composto de central de regulação e ambulâncias básicas (para atendimento de casos menos graves) e ambulâncias avançadas (Unidades de Terapia Intensiva (UTI) móveis para atendimentos de casos mais graves).

Assim, em 2004 foram inaugurados alguns SAMU em face de projetos aprovados pelo Ministério da Saúde. Apesar disso, em razão da Cooperação Franco-Brasileira, assinada no início dos anos 1990 para instalar o SAMU no Brasil, no modelo francês que adota o socorro rápido. Assim alguns SAMU pilotos foram instalados em 1995, 1996 e 1997.

Verifica-se, assim, que o SAMU integra uma política pública recente, mas necessita ser investigado, razão deste estudo, especialmente no que concerne a esse componente no Estado do Amapá, o qual ocorreu em setembro de 2006, para atender os Municípios de Macapá e Santana.

O Estado do Amapá integra a Região Norte do Brasil, juntamente com os Estados do Acre, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Fazendo fronteira com a Guiana Francesa e com o Suriname, sendo a única capital brasileira cortada pela Linha do Equador.

O Estado do Amapá é novel. Tem somente 20 anos e nasceu com a Constituição Federal vigente, segundo o disposto no artigo 14 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o qual também criou o Estado de Roraima.

Antes de ser Estado era Território Federal da União, criado pelo Decreto-Lei n. 5.812, de 13 de setembro de 1943, desmembrando-lhe do Estado do Pará (MORAIS, 2005).

O primeiro governador nomeado em 27 de dezembro de 1943, pelo então Presidente da República Getúlio Vargas, foi o militar Janary Gentil Nunes, o qual seguindo o referido Decreto-Lei instalou a capital no Município de Amapá. Tem como capital o Município de Macapá e sua estrutura político-jurídico-administrativa se formou a partir de 1991, tendo sua primeira Constituição sido promulgada em 20 de dezembro de 1991, quando do primeiro mandato dos deputados estaduais, figuras antes inexistentes, já que o Território era Federal (MORAIS, 2005).

Já o Município de Macapá, tem 250 anos e foi fundado em 4 de fevereiro de 1758, sob a necessidade de demarcação de terras ao norte, determinação do Marquês de Pombal. Macapá foi construída estrategicamente sob a feição fortificada, para a defesa de fronteiras, abrigando a 1ª maravilha brasileira, a Fortaleza da São José de Macapá, sendo esse santo o padroeiro da cidade, o qual tem estátua erigida dentro do Rio Amazonas, nas proximidades do Trapiche de Macapá, em frente da cidade (MORAIS, 2005).

Macapá conta com uma população que em 20 anos explodiu demograficamente, principalmente após a implantação da Área de Livre Comércio de Macapá e Santana (ALCMS), que ensejou o processo migratório, causando problemas ambientais desde o desemprego e a falta dele, que concorre para a construção da miséria, passando pela invasão e aterramento de ressacas, áreas de preservação permanente que funcionam como corredores de ventos e receptáculos de águas pluviais, sobrecarregando o Rio Amazonas e eliminando parte da biodiversidade amapaense.

Em 2007, a população de Macapá foi contada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) resultando em 344.152 habitantes, distribuídos em uma área de 6.407km<sup>2</sup>. A capital do Estado foi responsável, em 2005, por cerca de 70% do Produto Interno Bruto (PIB) do Amapá (BRASIL. INSTITUTO/CONTAGEM, 2008).

O Município de Santana, em 2007, teve uma população de 92.098 habitantes, distribuídos em uma área de 1578 km<sup>2</sup>, e um PIB de R\$ 500.180.000,00 (quinhentos milhões, cento e oitenta mil reais), representando, em 2005, cerca de 15% do PIB do Estado do Amapá (BRASIL. INSTITUTO/CIDADES, 2008).

Santana se situa à margem esquerda do Rio Amazonas e foi formada no mesmo eixo das demarcações das terras da Capitania do Cabo Norte, em 1753.

Em 1946, o manganês em Serra do Navio fez Santana experimentar um significativo crescimento, pois com a instalação da Indústria e Comércio de Minérios (ICOMI), foi necessário, no fim da década de 50, construir a Estrada de Ferro do Amapá, ligando Santana a Serra do Navio, como também construído o Porto de Santana como parte da infra-estrutura para o escoamento da produção do minério explorado para remessa ao mercado externo (MORAIS, 2005).

Essa situação acarretou um processo migratório intenso, já que as pessoas se sentiam atraídas em busca de melhoria de vida.

Santana foi elevada a distrito de Macapá, em 1981, pela Lei n. 153/81 e em 17 de dezembro de 1987, pela Lei n. 7.639, Santana passou a ser mais um Município do Estado do Amapá (AMAPÁ. A CIDADE, 2008).

Esse panorama serviu para delimitar o estudo do SAMU no Estado do Amapá no período compreendido entre 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2007.

## 2 JUSTIFICATIVA

O estudo tem como escopo o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) como política pública e nessa perspectiva discutir a sua efetividade.

O SAMU exsurge da constatação de que a violência e as enfermidades crônicas impactam severamente o orçamento público, o que requereu uma ação estatal para minimizar mortes e seqüelas, buscando a redução do índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) pela população em razão das ocorrências relativas a acidentes, traumas e enfermidades crônicas não transmissíveis, as quais ocupam os primeiros lugares de morbimortalidade em vários países, tanto que o SAMU existe dentro e fora do Brasil, incluindo a Europa e outros países da América do Sul.

O bojo dessa política pública incorpora uma história que mescla o caráter higienista das políticas públicas em saúde do passado e as políticas públicas em saúde de caráter universais baseadas nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): equidade e universalidade, por exemplo.

A trajetória das políticas públicas em saúde o Brasil difere de caráter, pois da Colonização à abertura dos Portos, em 1808, tais providências sanitárias visavam somente a deixar sadio o corredor das exportações. Essa política ficou conhecida como “campanhista”, destacando-se as atuações de Oswaldo Cruz e de Carlos Chagas, período estigmatizado pelo terror em nome do combate a doenças, pois se expulsavam pessoas de suas casas, queimavam-lhes os pertences e outras atrocidades eram praticadas pelos agentes do Estado, episódio conhecido como Revolta da Vacina, ocorrida de 10 a 19 de novembro de 1904, na cidade do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2007).

Já a partir da Lei Eloy Chaves, em 1923, verifica-se uma posição, ainda excludente, mas abrangendo categorias de trabalhadores protegidos pelos direitos sociais da previdência e da saúde.

Após as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) criadas pela Lei acima mencionada, vieram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), os quais executavam a política nacional de atenção à saúde como direito social, ainda separatista, foi o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado pelo regime militar, em 1966, a partir da fusão das CAP, também tinha dúplice função: assistência médica e previdenciária para trabalhadores.

Outras situações relativas à saúde pública de caráter generalista eram feitas pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), sendo que na década de 80 a VIII Conferência Nacional de Saúde, de março de 1986, serviu de base para a inserção do SUS na Constituição Federal de 1988, o qual ampara a Política Nacional de Atenção às Urgências, criada pela Portaria GM n. 1.863, de 29 de setembro de 2003, de onde exsurge o Serviço de Atenção Móvel às urgências, de que trata a Portaria GM n. 1.864, daquele mesmo dia, traçando quatro eixos de atenção pública às urgências, buscando a integralidade do sistema público com os seguintes componentes: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar.

O objeto do estudo é o SAMU como política pública no Estado do Amapá, estabelecendo-se comparativos com a Política Nacional de Atenção às Urgências.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Alocando a saúde como direito humano fundamental social, neste estudo foram indispensáveis as contribuições de Robert Alexy (1999), Canotilho, Norberto Bobbio, Ingo Wolfgang Sarlet, Kildare Gonçalves de Carvalho, José Afonso da Silva, Celso Ribeiro Bastos, Sahid Maluf e Jorge Alberto de Oliveira Marum, os quais serviram de emblemas ao estudo da Teoria dos Direitos Fundamentais.

Entendendo a saúde como direito fundamental social, a Teoria dos Direitos Fundamentais se tornou supedâneo suficiente para fazer a conexão entre saúde e meio ambiente, na medida em que a sadia qualidade de vida integra a felicidade da pessoa, e, nessa condição, tal sujeito goza do mais completo bem-estar físico mental e social e, nessa perspectiva, a dignidade assume contornos capazes de proporcionar a saúde, que é parte da felicidade, conforme entende Sarlet (2004).

No que concerne ao estabelecimento da conexão entre saúde e meio ambiente, também foi de grande luz a obra de Edson Ferreira de Carvalho, renomado mestre e incentivador dos direitos humanos, sobretudo, neste Curso de Mestrado, desvelando mitos sobretudo acerca das catástrofes sobre a humanidade como as decorrentes do uso do pesticida Diclorodifeniltricloetano (DDT), dos efeitos terríveis dos desastres de Chernobyl e como a política do poluidor-pagador foi conduzida nesse processo, tudo isso, querendo (e conseguiu), o ilustre estudioso dos direitos humanos, estabelecer conexões entre meio ambiente e saúde, explicitando, especialmente, a sadia qualidade de vida das presentes e futuras gerações.

Quanto ao estudo das urgências, de grande valia foi a legislação que integra a Política Nacional de Atenção às Urgências, especialmente a Portaria Ministerial que criou o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU-192), componente pré-hospitalar dessa política pública, disponibilizada no portal do Ministério da Saúde.

Barbosa (2001) se debruçou sobre a regulação médica das urgências em Campinas, São Paulo, em 2001, quando ainda nem havia sido implantada a Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil, o que só ocorreu em 2003, com a Portaria GM n. 1863/2003. Esses estudos despertaram o interesse para estudar esse componente político de atenção à saúde.

Entendendo necessário alocar o SAMU-192 como política pública de atenção à saúde, destacam-se: Lindomar Wessler Boneti (2006), o qual com simplicidade conseguiu ensinar o que é política pública, na mesma proporção de Tânia Bacelar Araújo (2000), Gobert & Müller (1987 *apud* Araújo (2000)) e Höfling (2001), para quem política pública “é o Estado em ação” (HÖFLING, 2001).

### 3.1 SAÚDE E MEIO AMBIENTE: UMA CONEXÃO NECESSÁRIA

As atividades desenvolvidas pelas pessoas impactam o meio ambiente, repercutindo nos meios físicos, biológicos e socioeconômicos, degradando os recursos naturais e a saúde humana. Tais impactos refletem-se na água, no ar, no solo, e na qualidade de vida das pessoas, razão por que é necessário proceder ao controle das situações causadoras de perigo, passando pelo manejo adequado dos recursos hídricos, resíduos, vetores, ruídos, vibrações e outras poluições cujo controle gera segurança e isso é essencial à proteção do meio ambiente, de um modo geral, e, de um modo específico, ao ambiente onde se vive, trabalha, possibilitando que se tenha também proteção da saúde e da vida.

Uma lesão causada ao meio ambiente é fator de prejuízo à saúde humana. Se, por exemplo, um navio que estiver passando no Rio Amazonas, em frente da cidade de Macapá, por negligência, imprudência, imperícia, caso fortuito ou força maior ocasione um escape de gás, sem dúvida alguma cometeu um delito ambiental, mas além disso, potencial e efetivamente pode provocar diversos transtornos à saúde das populações atingidas, podendo alcançar outros lugares e pessoas que morem fora de Macapá, uma vez que não se sabe a dimensão (alcance) de tal dano ambiental. Assim, não há como dissociar meio ambiente de saúde e vice-versa (GRANZIERA; DALLARI, 2005).

O artigo XXV da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, reconhecia que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família a saúde e o bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis” (CARVALHO, 2006, p. 232; SILVA, 2002, p. 145).

O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais<sup>2</sup>, também traz a mesma revelação, conforme preceito contido no artigo 12. Note-se:

Artigo 12.

§1. Os Estados-partes no presente Pacto reconhecem o direito de toda pessoa de desfrutar o mais elevado nível de saúde física e mental.

§2. As medidas que os Estados-partes no presente Pacto deverão adotar, com o fim de assegurar o pleno exercício desse direito, incluirão as medidas que se façam necessárias para assegurar:

1. A diminuição da mortalidade e da mortalidade infantil, bem como o desenvolvimento das crianças.
2. A melhoria de todos os aspectos de higiene do trabalho e do meio ambiente.
3. A prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças.
4. A criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade (PACTO INTERNACIONAL DE DIREITOS ECONÔMICOS, SOCIAIS E CULTURAIS, 1976, p.1).

Não é possível imaginar alguém saudável em um ambiente não saudável, assim como não é possível conceber um ambiente saudável com pessoas não saudáveis.

A relação entre saúde e meio ambiente é tão intrínseca que é percebida, por exemplo, por Dubos (OPAS, 1999, *apud* Feitosa; Teixeira; Silva, 2002) e por Carvalho (2006). Para o Dubos não há separação entre o ambiente interno (ecologia do eu) e o ambiente externo (ecologia socionatural), pois todo acontecimento no mundo externo influencia o equilíbrio dos órgãos e funções e o ambiente interno sempre responde ou reage frente aos fatos da natureza e da sociedade. Para Carvalho segundo, saúde e meio ambiente se entrelaçam, na medida em que tal relação se encontra reconhecida em documentos tais como: Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, artigo 12 (1966), na Convenção da Organização das Nações Unidas sobre Direitos da Criança (1989), na Carta Social Européia (1996).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, apresenta a Carta de Intenções, conhecida como Carta de Ottawa, a qual buscava atingir saúde para todos no ano 2000 e anos subsequentes, apresentou como pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

---

<sup>2</sup> Adotada pela Resolução n. 2.200-A (XXI) da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 16 de dezembro de 1966 e ratificada pelo Brasil em 24 de janeiro de 1992.

Um trecho abaixo da Carta de Ottawa fortifica a relação entre saúde e meio ambiente. Note-se:

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis (CARTA DE OTTAWA, 1986).

A relação entre saúde e meio ambiente<sup>3</sup> também está muito bem consignada por Carvalho (2006), como se pode desfragmentar do seguinte excerto:

Da mesma forma que o direito à vida, a saúde humana está estreitamente relacionada com a qualidade ambiental e pode ser afetada tanto pelo ambiente local, quanto pelo regional e global. Em nível local pode-se citar a contaminação dos alimentos por pesticidas; no âmbito regional, o desastre de Chernobyl, e na esfera global a redução da camada de ozônio. As conseqüências de eventos como esses podem ser devastadoras à saúde humana, como, por exemplo, no caso da ocorrência de câncer e outras doenças (CARVALHO, 2006, p. 233).

No âmbito doméstico, a Lei n. 6.938, 31 de agosto de 1981, conhecida como Política Nacional do Meio Ambiente, também reconhece a co-existência entre saúde e meio ambiente, pois tem essa lei, como objetivo, segundo a disposição do artigo 2º, a preservação, melhoria e recuperação da qualidade ambiental favorável à vida e à saúde, visando assegurar condições ao desenvolvimento socioeconômico e à proteção da dignidade humana.

Para dignidade da pessoa adota-se a conceituação explicitada por Sarlet (2004) para quem dignidade da pessoa é:

[...] a qualidade intrínseca e distintiva em cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que assegurem à pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para uma vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos (SARLET, 2004, p. 59-60).

---

3 Do dia 1º a 5 de dezembro de 2008, profissionais do mundo inteiro se reunirão na cidade de Mérida, no México, para participar no Fórum Internacional sobre Eco-Saúde: "Eco-Saúde: Ambientes Saudáveis, Gente Saudável". Disponível em: <[http://www.idrc.ca/pt/ev-122120-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/pt/ev-122120-201-1-DO_TOPIC.html)>.

Sarlet (2004) arremata que o critério aferidor de “vida saudável” foi adotado com base no conceito de saúde dado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), qual seja “um completo bem-estar físico, mental e social”.

Assim, quando a Constituição Federal refere no *caput* do artigo 225 que:

Todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo e essencial à sadia qualidade de vida, impondo-se ao Poder Público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo para as presentes e futuras gerações (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1988).

Verifica-se que a expressão “sadia qualidade de vida” envolve a conotação de saúde, na perspectiva do conceito adotado pela OMS<sup>4</sup>, a qual a concebe como algo mais que simplesmente não ter doenças. Para a construção desse conceito, a OMS considera também outros aspectos importantes do processo saúde-doença, tais como alimentação, nutrição, habitação, saneamento, trabalho, educação, ambiente físico saudável, estilo de vida responsável, cuidados de saúde (SOUZA, 2007, p. 127).

Marcondes (2004), por seu turno e na mesma esteira, afirma que ter saúde não é, portanto, somente não ter doenças, uma vez que há entre ambas uma relação dinâmica, na qual interagem elementos de agressão e defesa, tanto internos como externos ao organismo (nesse caso ligados às relações sociais), em uma permanente instabilidade, sendo impossível alguém estar definitivamente saudável ou totalmente doente.

A definição clássica de saúde pública, de 1949, é de Charles Edward A. Winslow<sup>5</sup> (*apud* Scilar, 2002), que a define como ciência e arte que tem por objetivos evitar doença; prolongar a vida; promover a saúde física e mental e a eficiência, referindo que tais objetivos podem ser alcançados por meio do saneamento do meio ambiente; do controle das infecções comunitárias; da educação dos indivíduos pelos princípios da higiene pessoal; pela organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento da doença e o desenvolvimento de mecanismos sociais que assegurem a cada pessoa o padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

---

4 Esse conceito passou a ser utilizado oficialmente a partir de 7 de abril de 1948, marcando o dia mundial da saúde (SCILAR, 2002, p. 93).

5 Fundador do Departamento de Saúde Pública da Universidade de Yale, conforme SCILAR (2002, p. 99).

A palavra saúde, portanto, deve ser circunscrita não somente à ausência de doenças, mas sim ao completo bem-estar físico, mental e social de um indivíduo, entrelaçando-se com o meio ambiente, conforme se verifica da leitura do artigo 3º da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Note-se, inclusive, que a expressão “meio ambiente” é inserida no texto da Lei Orgânica da Saúde.

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL. LEI/1990).

Assim o termo "saúde" engloba uma série de condições que devem estar apropriadas para o bem-estar completo do ser humano, incluindo o meio ambiente equilibrado.

A relação entre saúde e meio ambiente também está circunscrita no princípio da prevenção ambiental.

O princípio da prevenção ambiental é muito bem arrematado por Milaré (2000, p. 102), quando consigna que tal princípio encerra a necessidade de priorizar e adotar medidas que “evitem o nascimento de atentados ao ambiente, de molde a reduzir ou eliminar as causas de ações suscetíveis de alterar a sua qualidade”.

Esse princípio está disposto, por exemplo, no Princípio 15 da Declaração do Rio de Janeiro sobre Meio Ambiente (1992). Note-se:

Para proteger o meio ambiente medidas de precaução devem ser largamente aplicadas pelos Estados segundo suas capacidades. Em caso de risco de danos graves e irreversíveis, a ausência de certeza científica absoluta não deve servir de pretexto para procrastinar a adoção de medidas efetivas visando a prevenir a degradação do meio ambiente (DECLARAÇÃO, 1992).

Antes desse evento mundial, a Constituição Federal já havia adotado o princípio da prevenção, pois no *caput* do artigo 225, preceitua que é dever do Poder Público e da coletividade, proteger e preservar o meio ambiente para as presentes e futuras gerações.

Reforçando a relação aqui estabelecida entre saúde e meio ambiente, a Convenção de Basiléia (1989), documento internacional de feição ambiental, refere que a maneira eficaz de proteger a saúde dos seres vivos é a redução, ao mínimo, da geração e administração de resíduos perigosos com riscos potenciais. Tal

convenção traz contida a idéia de prevenir, pois prevê que transformações efetivamente ou potencialmente prejudiciais, à saúde humana e ao meio ambiente, devam ser previamente avaliadas objetivando prevenir a ocorrência de danos e suas conseqüências.

A certeza da existência dessa intrínseca relação vai ocorrer entre os dias 1º a 5 de dezembro de 2008, o "Fórum Internacional sobre Eco-Saúde: Eco-Saúde: Ambientes Saudáveis, Gente Saudável", na cidade de Mérida, no México, buscando propostas que possibilitem compreender as formas de alcançar melhorias na gestão do meio ambiente e saúde das comunidades.

O nome do Fórum Internacional (Eco-Saúde) revela, sem qualquer dúvida, a existência de forte relação entre saúde e meio ambiente. Esse Fórum tem um enfoque ecossistêmico que reconhece perfeitamente a relação entre os dois enfoques. Note-se:

A conceituação de saúde humana sob o enfoque de Eco-saúde avança além da dimensão biofísica da saúde no nível individual e reconhece que a saúde e o bem estar da comunidade dependem do funcionamento saudável dos ecossistemas (determinados pelos fatores ambientais, sociais, econômicos, e políticos). O enfoque de Eco-saúde considera que é possível mitigar os problemas ambientais (como a poluição) e melhorar a saúde humana através de uma melhor gestão dos componentes do ecossistema (FÓRUM, 2006, p. 3).

Verifica-se, portanto, que a tendência atual é estreitar a relação entre saúde e meio ambiente, levando em consideração o conceito de saúde, não mais como somente ausência de doença, mas acima de tudo, somando aspectos holísticos que envolvem a relação do homem com a natureza e todos os ambientes que o cercam.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), participou, em Brasília, nos dias 29 e 30 de julho de 2003, do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, integrando o Grupo Temático de Saúde e Ambiente.

Nesse evento a ABRASCO reconhecia que a vigilância em saúde e ambiente deve incorporar os conceitos de ecologia e de ambiente, pois os conceitos de saúde, ecologia e ambiente são transversais e devem auxiliar a ação integrada sobre as demandas sanitárias, buscando mobilizar condições para as ações de vigilância em saúde e ambiente voltadas para a promoção da saúde e para o controle ambiental que afeta a saúde das populações (ASSOCIAÇÃO, 2003).

A ABRASCO reconheceu naquele Congresso que muito embora a relação saúde e meio ambiente seja uma realidade, ainda há muita desconexão entre as políticas de ambas as áreas. O Grupo de Temático de Saúde e Ambiente assinalou que a alocação de recursos do SUS para a promoção de saneamento, por exemplo, é fator de qualidade de vida e promoção de saúde das populações (ASSOCIAÇÃO, 2003).

Fosse o contrário, essa relação já teria se estreitado e essa preocupação poderia ter sido normatizada a partir do reconhecimento de que a discussão do ambiente vem ganhando espaço em todos os setores governamentais, em especial no setor saúde, desde a Conferência Pan-Americana de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (COPASAD), em 1995, e por ocasião do Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável (PNSADS) (ASSOCIAÇÃO, 2003).

O Governo Federal quando implantou a Política Nacional de Promoção da Saúde, pela Portaria GM n. 687, de 30 de março de 2006, também admitiu a conexão entre saúde e meio ambiente, pois um dos três eixos da Agenda de Compromisso pela Saúde, definida em 2005 é o pacto em defesa da vida, no qual o Ministério da Saúde considera uma série de compromissos sanitários e prioritários aos três entes federados, definidas as responsabilidades de cada um, incluindo cuidados com a qualidade ambiental (BRASIL.MINISTÉRIO/PORTARIA, 2006).

Dentre as prioridades destacam-se as do item 6.8 da Portaria 687/2006, que trata especificamente da promoção do desenvolvimento sustentável, conforme segue, destacando-se especialmente o subitem 6.8.5, porque faz leitura da saúde pelo foco do meio ambiente. Veja-se:

6.8.1 Apoio aos diversos centros colaboradores existentes no país que desenvolvem iniciativas promotoras do desenvolvimento sustentável.

6.8.2 Apoio à elaboração de planos de ação estaduais e locais, incorporados aos Planos Diretores das Cidades.

6.8.3 Fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável.

6.8.4 Apoio ao envolvimento da esfera não governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) no desenvolvimento de políticas públicas de Promoção da Saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis.

6.8.5 Reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável (BRASIL.MINISTÉRIO/PORTARIA, 2006, p. 37).



Assim, foi perfeitamente possível, tanto pelos documentos internacionais ratificados pelo Brasil quanto pela legislação doméstica constitucional e infraconstitucional, verificar a existência da relação entre saúde e meio ambiente. Nessa perspectiva, em face de tamanha coincidência entre os dois cerne científicos não há como conceber saúde sem um meio ambiente saudável, como também não é possível conceber um meio ambiente saudável em meio a epidemias, falta de acesso a serviços básicos, por exemplo, afinal, saúde não é somente ausência de doença.

Seguindo, porém, a conceituação da OMS de que saúde é o mais completo bem-estar físico, mental e social, incluem-se nessa completude além da saúde corporal, moradia, educação, trabalho, saneamento básico e outros direitos sociais da pessoa, de modo que possa viver com um mínimo necessário para se sentir feliz (o mais completo bem-estar).

Na perspectiva de saúde como felicidade Dallari (*apud* Silva, 2003) o atual conceito de saúde, remete-se ao final da Segunda Guerra Mundial, mais precisamente com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, quando a OMS adotou a saúde como o primeiro princípio básico para a felicidade de todos os povos, determinando logo no preâmbulo o conceito de saúde com a conotação hodierna, admitindo como o mais completo bem-estar externo e interno da pessoa e do ambiente em que se encontra.

Uma abordagem que muito bem retrata essa questão é feita por Carvalho (2006) quando percebe a dependência do homem com o meio ambiente e retrata as catástrofes de Chernobyl e a destruição dos poços de petróleo do Kuwait quando da primeira Guerra do Golfo, bem como as conseqüências da contaminação por DDT<sup>6</sup>, essa última demonstrada por Rachel Carson (*apud* Carvalho 2006, p. 141), em 1962, quando da edição do livro Primavera Silenciosa, no qual ela alertava os impactos negativos sobre a saúde humana em razão do uso de pesticidas.

---

6 AMBIENTE BRASIL (2008). DDT: Diclorodifeniltricloreto. potente veneno utilizado no terceiro mundo para o controle de pragas e endemias, altamente solúvel na água e na gordura, que permanece por mais de vinte anos com sua estrutura molecular inalterada, e que foi encontrado no tecido de animais no Ártico, o que prova que todo planeta está contaminado. O DDT não pode ser usado em lavouras brasileiras desde 1985, e seu uso já foi proibido há muitos anos em outros países. A Suíça não permite sua utilização desde 1939, enquanto os Estados Unidos baniram o produto em 1972. Disponível em: <<http://www.ambientebrasil.com.br/composer.php3?base=./agropecuario/index.html&conteudo=./agropecuario/artigos/ddt.html>>. Acesso em 21 abr. 2008.

Apesar da demonstração da existência dessa relação há quem reconheça um paradoxo entre saúde e meio ambiente, pois o desenvolvimento gera condições de salubridade, ao mesmo tempo em que degrada o meio ambiente, mas condições de salubridade dependem de um meio ambiente sadio. Nessa perspectiva, embora o desenvolvimento seja considerado importante fator para a saúde, pode servir de ameaça ao meio ambiente (SILVA, 2002).

Verifica-se, assim, que a relação saúde e meio ambiente se manifesta em nível mundial e doméstico, pelos diversos documentos aqui destacados.

### 3.2 A SAÚDE À LUZ DA TEORIA DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS

Para a saúde alcançar um *status* de direito humano fundamental, muita luta foi travada pelos povos ao longo da história, pois conforme Ihering (1998) o direito é fruto de luta, pois que “a luta pelo direito é um dever do interessado para consigo próprio” e, mais adiante, afirma que o fim do direito é a paz (IHERING, 1998, p. 6).

Assim, até se ver catalogado o rol de direitos fundamentais, muitas pessoas morreram tanto por acreditarem que a dignidade da pessoa lhes é inerente quanto por não aceitarem submissão vil, chegando à luta armada ou sendo condenadas por acreditarem num ideal de liberdade e por não disporem de mecanismos de proteção para tais direitos<sup>7</sup> a lhes assegurar a garantia de tais direitos.

Também há referências de luta armada na história da construção dos direitos fundamentais para enfrentar o arbítrio nefasto do Estado no combate de doenças, por exemplo, a emblemática Revolta da Vacina, ocorrida nos primeiros anos da primeira década do século XX, até os povos conseguirem estabelecer em suas Constituições que a dignidade da pessoa é razão de felicidade (SARLET, 2004).

A inserção da saúde no contexto dos direitos sociais pode ser entendida pelo estudo da formação dos direitos fundamentais, razão por que se entendeu necessário à compreensão desse tema a trajetória desses direitos até o atual texto da Constituição Federal de 1988, a qual sobreleva a dignidade da pessoa como ideário fundamental do Estado Democrático de Direito, conforme disposto no artigo

---

7 Schäfer (1999, p. 80) consigna que a expressão “direitos fundamentais” representa certos bens. O direito fundamental é principal, enquanto a garantia é acessória. Assinala que a expressão “garantias dos direitos fundamentais” é utilizada para designar os mecanismos jurídicos que dão estabilidade ao ordenamento constitucional. Servem para proteger e tornar eficazes os direitos fundamentais. As garantias servem à fruição do bem.

1º, inciso III, no que redundaria dizer que ter saúde (no sentido do mais completo bem-estar) também é ter dignidade.

### 3.2.1 A gênese dos direitos fundamentais

Não é possível imaginar que os direitos humanos se apartem dos homens. Os direitos humanos são inerentes à pessoa. O excesso arbitrário do regime que domina sacrifica ou facilita o exercício de tais direitos, dependendo do grau de dominação que o poder dominante exerça sobre as pessoas.

Na Antigüidade greco-romana, Herkenhoff (2000) e Bastos (1978) assinalam que o homem não era reconhecido como portador de direitos oponíveis à sociedade.

Comparato (1999) e Bastos (1978) reconhecem que os direitos humanos surgiram na Idade Média, sob a influência do feudalismo, sendo que Comparato (1999) especifica que foi no período chamado “Axial”, entre os séculos VIII e II a.C, quando existiram, embora sem se comunicar, os doutrinadores Zaratustra (Pérsia), Buda (Índia), Confúcio (China), Pitágoras (Grécia) e o Dêutero-Isaías (Israel), os quais construíram enunciados princípios fundamentais que vigoram até então.

Nessa perspectiva, dissecando a trajetória dos direitos humanos, Silva (2000), assinala que a divisão da sociedade em proprietários e não-proprietários foi fundamental para que se desenvolvesse um sistema de submissão massiva daqueles sobre esses, nascendo um poder que, segundo Morgan (1975, *apud* Silva, 2000), criou a escravidão sistematizada, passando o homem a ser instrumento desse modelo e elemento de perpetuação do sistema criado. Note-se:

Com o desenvolvimento do sistema de apropriação privada, contudo, aparece uma forma social de subordinação e de opressão, pois o titular da propriedade, mormente da propriedade territorial, impõe seu domínio e subordina tantos quantos se relacionem com a coisa apropriada [...], que por necessitar impor-se e fazer-se valer eficazmente, se torna político (SILVA, 2000, p. 154).

Verifica-se então, que a defesa da propriedade privada é razão para o aumento da coerção do proprietário sobre o não-proprietário, deixando-o submetido, agora, ao poder político. Sendo, entretanto, a propriedade concebida em caráter absoluto, o proprietário tinha direitos absolutos sobre o não-proprietário, inclusive sobre a vida desse.

A exacerbação de tais condições levou ao surgimento dos antecedentes mais remotos das Declarações de Direitos, a exemplo, segundo Silva (2000), do “veto do tribuno da plebe contra ações injustas dos patrícios em Roma, a Lei de Valério Públicola proibindo penas corporais contra cidadãos em certas situações”, as quais culminariam com o *Interdicto de Homine Libero Exhibendo*<sup>8</sup> para proteger a liberdade, mas somente era aplicado em casos excepcionais, afinal prevalecia o poder do proprietário sobre o não-proprietário (SILVA, 2000, p. 154).

A continuidade desse sistema estabelecido (dominava a propriedade privada) crescente e fortalecido e opressor da sociedade, em algum momento exigiria reação da plebe a esse estado de coisas.

### **3.2.2 As Cartas Inglesas, Americanas, a Francesa e o conceito de direitos fundamentais**

Foi ainda no bojo do Medievo que exsurgem os antecedentes das Declarações de Direitos, florescendo os “pactos, os forais e as cartas de franquias”, favorecidos pelo fortalecimento da Teoria do Direito Natural, condicionante dos excessos do monarca, em face do princípio das Leis Fundamentais do Reino Limitadoras do Poder do Monarca. Esses pactos atingiam coletividades estamentais (do mais nobre para o mais reles) e foi nesse contexto que surgiram as Cartas Inglesas, a exemplo da Magna Carta (1215) e outras como a *Petition of Rights* (1628), o *Habeas Corpus Amendment Act* (1679) e o *Bill of Rights* inglês (1689)<sup>9</sup> e o *Act of Settlement* (1701), esse último tendencioso a beneficiar diretamente a nobreza, a Igreja e as corporações (CARVALHO, 2008, p. 607; MARUM, 2005, p. 240; SILVA, 2000, p. 156).

A Declaração de Direitos do Bom Povo de Virgínia (1776) foi o primeiro documento moderno e anterior à Declaração de Independência dos Estados Unidos, a qual consubstanciava, dentre outros, o direito à igualdade e à propriedade, reiterava os três poderes, celeridade nos julgamentos, vedação de fianças, multas excessivamente onerosas e castigos cruéis. Isso segundo Silva (2000) configurava

---

8 O autor refere que o *Interdicto de Homine Libero Exhibendo* se trata de instituto semelhante ao *Habeas Corpus* e que a Magna Carta só foi efetivada 10 anos depois e que o *Habeas Corpus Amendment Act* é instituto semelhante ao *Habeas Corpus* conhecido hodiernamente (SILVA, 2000, p. 154, 156 e 157).

9 Porque houve o *Bill of Rights* americano de 1787.

pilares de um Governo democrático, afinal a Virgínia era uma das 13 Colônias que queriam independência da Inglaterra e por isso, limitavam o poder do Rei e fortaleciam o poder do Parlamento.

A Declaração Norte-Americana também foi o documento que inseriu na Constituição dos Estados Unidos, aprovada na Convenção de Filadélfia (1787) também representa o resultado de luta para inserir um catálogo de direitos fundamentais, que se constituíram em dez Emendas à Constituição, ficando conhecida como o *Bill of Rights* do povo americano<sup>10</sup> (SILVA, 2000, p. 159).

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) é posterior às Cartas Americanas, mas foi com a proclamação da independência das treze colônias norte-americanas em 1789 que as Declarações de Direitos conquistaram caráter universal.

Apesar da preocupação dos textos com a garantia<sup>11</sup> de direitos mínimos para a preservação da dignidade e da liberdade, ainda assim, o povo norte-americano se valia de mão-de-obra escrava.

A Revolução Francesa, de 1789 representa um marco distintivo para os direitos humanos e concorreu para o surgimento das declarações de direitos, as quais caracterizam o constitucionalismo, como observa Manoel Gonçalves Ferreira Filho: "a opressão absolutista foi a causa próxima do surgimento das Declarações. A Declaração do Estado da Virgínia foi a primeira a servir como modelo para as demais Declarações na América do Norte, muito embora a mais conhecida e influente seja a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, de 1789 lançada pela Revolução Francesa.

Essa Declaração assegura três direitos fundamentais: liberdade, igualdade e fraternidade (Maluf, 2008, p. 128). Bonavides (2000) e Silva (2000) reconhecem nesse documento maior abrangência que os das declarações inglesas e americanas, uma vez que as primeiras se dirigiam a camadas privilegiadas da

---

10 A Declaração da Virgínia inspirou várias Constituições escritas (*Bill of Rights*) dos Estados Independentes Americanos, tendo aquela introduzido em sua carta política a primeira Declaração de Direitos do Homem, princípios esses descortinados na Europa (MALUF, 1974, p. 124).

11 A propósito, SILVA (2000), SHÄFER (1999) e BASTOS (1978) bem distinguem direitos fundamentais de garantias fundamentais, argüindo que os primeiros representam certos bens da vida (tais como: liberdade, igualdade e propriedade), sendo o direito principal, enquanto que a garantia é acessória, destacando que as garantias se referem a ferramentas (mecanismos jurídicos) que servem para dar estabilidade ao ordenamento constitucional, protegendo e tornando eficazes os direitos fundamentais, uma vez que tais mecanismos servem à fruição do bem, portanto, os direitos são declaratórios e as garantias, assecuratórias.

sociedade (os senhores feudais ou a um povo que se libertava politicamente, a exemplo das 13 Colônias Inglesas), ao passo que o destinatário da Declaração Francesa de 1789 era o gênero humano.

Outros documentos também influenciaram o fortalecimento dos direitos fundamentais, mas a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão é historicamente destacada na trajetória dos aludidos direitos, mas os horrores da Segunda Grande Guerra trouxeram à tona a necessidade de fortalecer os já mencionados direitos, pois que é quase impossível esquecer dos fornos para queimar judeus, dos campos de concentração, o extermínio genocida de civis, da bomba atômica. Essa foi a razão da ampliação dos direitos humanos em 1948, quando foi aprovada, pela Assembléia Geral das Nações Unidas, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, a qual foi aprovada por 48 Estados, torna a Declaração um documento de afirmação de uma ética universal “ao consagrar um consenso sobre valores de cunho universal a serem seguidos pelos Estados” (PIOVESAN, 2000, p. 142).

A constitucionalização de direitos fundamentais, ensejou às pessoas o direito oponível tanto ao Estado quanto às demais pessoas, razão oportuna para alocar o conceito de direitos fundamentais. Note-se:

Direitos fundamentais do homem são situações jurídicas, sem as quais a pessoa humana não se realiza, não convive e, às vezes, nem mesmo sobrevive [...] fundamentais não apenas formalmente reconhecidos, mas concreta e materialmente efetivados (SILVA, 2000, p. 182).

Para Canotilho (1998) há distinção entre direitos do homem e direitos fundamentais. Direitos do homem são derivados da natureza humana, enquanto os direitos fundamentais são aqueles decorrentes da ordem jurídica vigente. Note-se:

Direitos do homem são direitos válidos para todos os povos e em todos os tempos (dimensão jusnaturalista-universalista); direitos fundamentais são os direitos do homem, juridicoinstitucionalmente garantidos e limitados espaciotemporalmente (CANOTILHO, 1998, p. 359).

Essa distinção serve tão-somente para designar que direitos humanos é uma expressão que manifesta o âmbito dos direitos fundamentais. Então, é possível dizer que direitos humanos são direitos fundamentais reconhecidos no âmbito internacional e direitos fundamentais são direitos humanos reconhecidos no âmbito dos Estados-Nação por meio das suas respectivas constituições.

O Brasil é signatário de vários Tratados Internacionais de Direitos Fundamentais, tais como: Convenção para a Prevenção e Repressão do Crime de Genocídio (1951); Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação Racial (1968); Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra a Mulher (1984); Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes (1989), Convenção Interamericana para Prevenir e Punir a Tortura (1989); Convenção sobre os Direitos da Criança (1990), Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (1992), Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1992); Convenção Americana de Direitos Humanos – Pacto de São José da Costa Rica (1992) e seu Protocolo Adicional (1996), e Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1995) (DORNELLES, 2003).

### **3.2.3 A saúde como direito fundamental social**

Na Grécia antiga a saúde era reverenciada e invocada nas deusas-irmãs Panacéia (deusa da cura) e Higéia (deusa da saúde) filhas de Esculápio (FERNANDEZ *et al.* 2008; WESTPHAL, 2006; SCILAR, 2002). Hipócrates segundo a mitologia grega era descendente de Esculápio, conforme assinala Bompadre, a qual consigna que *“La mitología aseguraba que en Cos, alrededor del año 460 AC, nació Hipócrates, descendiente por vía paterna de Esculapio y por vía materna de la estirpe de Hércules”* (BOMPADRE, 2006, p. 30).

Na Antigüidade Clássica a visão mágico-religiosa era predominante. Os povos acreditavam que as doenças eram causadas pelos demônios. E a cura era feita por deuses, invocados pelos feiticeiros e curandeiros. Essa prática atravessou os tempos e ainda hoje é encontrada pelo mundo (SCILAR, 2002).

Prevaleciam nessa época duas teorias que se complementavam: A Teoria Humoral e a Teoria dos Miasmas.

Pela Teoria Humoral a pessoa adoecia porque estava com desequilíbrio em um dos quatro humores: o sangue, a linfa, a bile amarela e a bile negra. O número 4 era fortemente utilizado nas relações do homem com a natureza: 4 eram as estações do ano; as fases da lua e os elementos da natureza: terra, fogo, ar e água. Essa Teoria vigorou do século VI a.C. até o século XIX. Veja-se:

*En realidad esta teoría, que mantuvo cierta vigencia hasta el siglo XIX DC había sido enunciada allá por el siglo VI AC por Empédocles de Agrigento (Sicilia), discípulo de Pitágoras (BOMPADRE, 2006, p. 34).*

Os temperamentos eram classificados também em 4: sangüíneo (relacionado ao humor sangue); bilioso ou colérico (relacionado ao humor bile amarela), melancólico (relativo ao humor bile negra) e fleumático (relativo à linfa).

A Teoria dos Humores foi uma teoria importante para a História da Medicina, influenciando a Medicina alternativa, conforme refere Bompadre: *“La Teoría de los Humores no pasó por la historia sin dejar huella; de ella han tomado parte de su ideario algunas medicinas alternativas y la homeopatía* (BOMPADRE, 2006, p. 29).

Pela Teoria dos Miasmas era possível explicar que as doenças não eram causadas por microrganismos, mas pelos maus ares. Assim, a percepção climática explicava os surtos de malária, por exemplo, inclusive a palavra malária significa exatamente “maus ares”. Era o meio ambiente que causava doenças. Essa percepção levou a algumas medidas sanitárias coletivas: drenagem de rios; aquedutos, inspeção de alimentos e leprosários.

No fim da Idade Média as pestilências marcaram saúde da Europa. A peste negra dizimou ¼ da população. E a malária, que era recorrente na área agricultável, provocava migração do campo para a cidade, que se desordenava e o inchaço dos burgos, mais as precárias condições de saneamento básico, favorecia o surgimento de surtos endêmicos.

A quarentena era medida que visava a confinar os maus ares; não era para curar o doente era para bloquear a difusão epidêmica. Os hospitais serviam como lugar de consolo espiritual, não lugar para tratar e curar doenças.

A Igreja Católica apostava no discurso de que a doença servia para castigar os judeus e purificar os cristãos.

A discriminação com o doente era marcante especialmente com o leproso, ao qual, após diagnosticada a doença, era celebrada missa de corpo presente e dada a pessoa como morta, restando-lhe a opção de ir para um leprosário ou vestir-se caracterizado como doente e batendo uma matraca para avisar aos outros que se tratava de um acometido de lepra.

No início da Idade Moderna a peste, a malária, a lepra e a sífilis eram doenças altamente disseminadas e a alquimia, a astrologia, a cabala, a maçonaria e



os rosa-cruzes procuravam desenvolver estudos mas foram severamente combatidos pela Igreja Católica desde a Idade Média.

A Teoria dos Miasmas durou mais de 2.000 anos e só foi definitivamente superada no final do século XIX com a Teoria da Patologia Celular (Rudolf Virchow, 1821-1902) e com a Teoria do Contágio com Pasteur e Koch. Tal Teoria também prevalecia no Brasil-Colônia.

No século XVII a meados do século XIX, cresceu o debate sobre o Estado intervencionista, resultando numa tendência fortemente centralizadora e legitimadora da política econômica da Europa, especialmente na Alemanha de fins do século XVII e início do século XVIII, quando o Estado se imiscuiu na saúde pública (SCLIAR, 2002).

O Estado intervencionista alemão e francês (1789) foi respaldado no discurso da lei e da ordem e a disciplina sanitária na escola e em casa era fortemente regradada pela polícia sanitária. Nesse contexto, Franz Anton Mai (1742-1814, *apud* Scliar, 2002), que era professor, lançou um código de saúde, mas o Estado não o adotou.

Scliar (2002) e Dallari (*apud* Silva, 2003) identificam que a noção contemporânea de saúde pública ganha contorno no Estado liberal burguês do final do século dezoito, ficando esse na atuação subsidiariamente, em face de insuficiência da comunidade.

### **3.2.4 A saúde como direito fundamental social nas Constituições brasileiras**

No Brasil-Colônia a saúde era atendida pelos boticários. Nesse período prevalecia a Teoria dos Miasmas e o assistencialismo aos pobres era de filantropia (CAVALCANTE, s.d.).

A fragilidade das medidas sanitárias levava a população a lutar por conta própria contra as doenças e a morte. Em casos mais graves, os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou nas clínicas particulares que começaram a ser criadas na região serrana fluminense. Para os pobres, restavam sobretudo os curandeiros negros, que continuaram a ser os principais responsáveis pelo tratamento dos que tinham pouco dinheiro (BERTOLLI FILHO, 2002, p. 10).

Polignano (2001, p. 3) refere que tendo sido o Brasil colonizado por aventureiros e degredados até a instalação do Império não havia um sistema de saúde e a atenção era limitada aos curandeiros, às ervas e aos chás.

Até 1782 havia no Brasil um físico-mor cujos assistentes fiscalizavam a prática médica e a venda de medicamentos nas boticas, sendo que a maior parte da população recorria mesmo aos curandeiros (SCLIAR, *op. cit.*, p. 103).

Silveira (2005, p. 79) alude que em 27 de janeiro de 1808 deu-se a vinda da família Real para o Brasil e isso requeria uma estrutura de saúde capaz de atender à nova estrutura do país, afinal a capital do reino agora era o Brasil. D. João VI baixou dois alvarás nos dias 7 e 9 de fevereiro. Com tais atos o rei transferia para o Brasil o sistema sanitário de Portugal, o qual se mostrou ineficiente em face da extensão territorial brasileira.

A Constituição Imperial de 1824 foi formada de 179 artigos. O Título 8º tratou “Das Disposições Gerais, e Garantias dos Direitos Civis, e Políticos dos Cidadãos Brasileiros”. Nesse último artigo, a Carta Imperial tratou dos direitos civis e políticos, os quais tinham por base “a liberdade, a segurança individual, e a propriedade” nada dispondo acerca do direito à saúde (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1824).

A razão de o texto constitucional do Império não privilegiar o direito fundamental social à saúde pode ser explicado por Kawamoto (1995), o qual percebe que no período colonial, a quase totalidade da população utilizava-se da medicina popular (influenciada pelas culturas indígenas, africanas e jesuíticas) e o acesso aos profissionais da área de saúde limitava-se aos nobres e grandes proprietários rurais.

Essa prática é remanescente do xamanismo como bem indicam Mutarelli (2006), Scilar (2002) e Martins (s.d.), segundo os quais a cura era realizada pelo feiticeiro, que utilizava um objeto para representar o demônio retirado do doente.

Uma concepção extremamente difundida por toda a humanidade, desde tempos remotos, é a de que se estabelece uma ligação ou vínculo com aquilo que tocamos. Em diversas práticas de magia, para se enfeitiçar uma pessoa e obter o seu amor, era necessário tocá-la com o dedo, ou obter algum objeto que tivesse sido tocado ou usado pela pessoa, pois assim se podia criar uma ligação com ela. Da mesma forma, na feitiçaria, para se influenciar uma pessoa, fabrica-se um boneco no qual se coloca alguma coisa dessa pessoa (cabelos, unhas, pedaço de tecido, etc.). Supõe-se que, assim, o boneco se torna ligado à pessoa e aquilo que se fizer com ele (por exemplo, espetando com alfinetes) irá repercutir também na pessoa (que ficará doente ou morrerá) (MARTINS, s.d., p. 12).

A Constituição de 1891 foi a primeira Constituição Republicana e é formada de 91 artigos, mais 8 de disposições transitórias, também não mencionou a saúde no catálogo de direitos (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1891).

Esse início do período republicano foi marcado pelas epidemias, arrefecendo a imigração européia. Oswaldo Cruz combatia a febre amarela no início deste século e Carlos Chagas, na década de 1920, implanta reforma que propõe, entre outros, propaganda e educação para a saúde, expansão das atividades de saneamento e serviços de profilaxia, licença-gestante e proibição do trabalho de menores de 12 anos em fábricas.

Os imigrantes, especialmente os italianos anarquistas, traziam da Europa a experiência acumulada da história do movimento operário, que implicava o desejo de verem reconhecidos direitos trabalhistas, já conquistados pelos trabalhadores europeus. Com isso, procuraram organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquistas desses direitos.

Até nos primeiros anos do século XX ocorreram várias epidemias de febre amarela no Rio de Janeiro e isso atrapalhava os negócios do Brasil, pois quando navios estrangeiros aportavam muitos tripulantes morriam de febre amarela. Por isso, também os navios brasileiros não podiam atracar em portos estrangeiros. Em face de tamanhos prejuízos o Presidente Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, atribuindo-lhe a tarefa de combater a febre amarela, tendo conseguido em quatro anos<sup>12</sup> (SILVEIRA, op. cit., p. 80).

Em 1918 foi aprovada a primeira lei específica da atividade de saúde pública, que criou o Serviço de Profilaxia Rural, o qual se prestava à distribuição de quinina para combater a malária (SILVEIRA, op. cit.).

Em 1920, Carlos Chagas, sucedeu Oswaldo Cruz. Procedeu à reestruturação do Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça, tendo introduzido “a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação,

---

12 O modelo operacional de Oswaldo Cruz, segundo POLIGNANO (2001, p. 5) ficou conhecido como “campanhista”, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação. Isso causou revolta na população, pois a queima de colchões e roupas dos doentes e mesmo das pessoas despertava indignação.

inovando o modelo companhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial” (POLIGNANO, op. cit., p. 5).

Até então o modelo adotado para a saúde pública tinha caráter pontual: combater epidemias.

A Constituição de 1934 é composta de 187 artigos e mais 26 artigos com disposições transitórias, fazendo menção à saúde no artigo 10, dando competência concorrente à União e aos Estados. “Art. 10. Compete concorrentemente à União e aos Estados: I – [...]; II - cuidar da saúde e assistência públicas” (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1934).

Getúlio Dornelles Vargas foi eleito presidente pelo Congresso, em julho de 1934 e exerceu mandato até o golpe do Estado Novo, em 10 de novembro de 1937. Esses três anos de mandato foram marcados por intensa agitação política, greves e o aprofundamento da crise econômica. Com as pressões sociais exercidas por esses trabalhadores foi que em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloy Chaves, tida por Polignano (op. cit.) como marco inicial da previdência social no Brasil, abrangendo a saúde (ainda não de forma universal e equitativa como prevê hodiernamente o SUS) de alguns trabalhadores.

Nos anos de 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde (1930). Nesse período já existia a Lei Eloy Chaves, a qual ingressou no ordenamento jurídico pátrio por meio do Decreto Legislativo n. 46.782, de 24 de janeiro de 1923, reconhecendo direitos sociais a algumas categorias profissionais. Com isso, outros trabalhadores que não tinham tais benefícios passaram a pressionar coletivamente os patrões, para receber assistência médica e previdenciária (BRASIL. MINISTÉRIO, 2008, p. 1).

A Constituição de 1937<sup>13</sup>, logo na primeira seção, denominada “Da organização nacional”, trata da saúde no artigo 16, inciso XXVII, como competência privativa da União:

Art 16 - Compete privativamente à União o poder de legislar sobre as seguintes matérias:  
[...];  
XXVII - normas fundamentais da defesa e proteção da saúde, especialmente da saúde da criança (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1937, p. 18).

---

13 A Constituição de 1937 foi outorgada por Getúlio Vargas, em 10 de novembro de 1937, no mesmo dia em que implantou a ditadura do Estado Novo, a qual durou até a queda de Vargas em 1945.

A estrutura do atendimento à saúde pública no Brasil era o das CAP, que prestaram, durante os anos 40 e 50, assistência médica aos trabalhadores formais, pois poucos Estados e Municípios dispunham de serviços de assistência médica adequados às necessidades de sua população e alguns estabelecimentos filantrópicos que prestavam assistência à saúde para famílias pobres e indigentes. O Ministério da Saúde tinha alguns hospitais especializados em doenças transmissíveis e em psiquiatria (MÉDICI s.d.).

A queda de Vargas e o fim do Estado Novo, em outubro de 1945, ensejaram novas eleições para presidente e para a Assembléia Nacional Constituinte, a qual eleita, reuniu-se para elaborar nova Constituição, passando a vigorar a partir de setembro de 1946.

A Constituição de 1946, na seção “Disposições preliminares”, artigo 5º, inciso XV, alínea “b”, tratando da competência da União, dispõe:

Art 5º - Compete à União:

I – [...];

[...];

XV - legislar sobre:

a) [...];

b) normas gerais de direito financeiro; de seguro e previdência social; de defesa e proteção da saúde; e de regime penitenciário (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1946, p. 3).

A Constituição de 1967 foi votada em 24 de janeiro de 1967, mas entrou em vigor no dia 15 de março de 1967, foi elaborada pelo Congresso Nacional, convertido em Assembléia Nacional Constituinte, sem nenhum membro da oposição pela pressão dos militares, legalizou o regime militar decorrente da Revolução de 1964.

Essa Constituição, na seção denominada “Da competência da União”, faz referência à saúde no artigo 8º, inciso XIV, dispondo:

Art 8º - Compete à União:

I – [...];

[...];

XIV - estabelecer planos nacionais de educação e de saúde (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1967, p. 5).

Durante a ditadura militar o sistema de saúde e previdência nacional era regido pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), hoje Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sendo que naquela época o atendimento não era

universalizado como hoje se vê em relação ao SUS. Somente o setor produtivo tinha direito efetivo à saúde. Demais pessoas eram atendidas nos hospitais com o estigma da indigência, qualidade miserável de vida, discriminados pela condição que ocupavam na sociedade: estavam fora do sistema, restava-lhes a migalha do Estado.

O fortalecimento da democracia, a abertura política, os movimentos sociais funcionando a todo vapor, conduziram o processo de humanização da saúde, a qual na condição de direito fundamental social, baseado na dignidade da pessoa, passou a ser visto como efetivo dever do Estado e direito de todos, organizando o SUS, fundado em uma nova tese de prestação de serviço público de saúde, proposto pela Constituição Federal de 1988 e explicitado pela Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Acerca da humanização da saúde, Benevides e Passos (2005) referem-se à humanização da saúde como política transversal que atualiza um conjunto de princípios e diretrizes por meio de ações e modos de agir nos diversos serviços, práticas de saúde e instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva. Arrematam os autores advertindo que:

[...] a humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Entendemos, entretanto, que tal situação de transversalidade não deve significar um ficar fora, ou ao lado, do SUS. A humanização deve caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde fomentando um processo contínuo de contratação, de pactuação que só se efetiva a partir do aquecimento das redes e fortalecimento dos coletivos (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 394).

Essa é a mesma lógica de Hesse (1998), o qual entende que deve haver humanização das Constituições, e, nessa perspectiva, o Estado deve passar de opressor a prestador de serviços aos cidadãos, a fim de atingir a verdadeira Justiça.

Nessa mesma direção aponta Streck (2001), o qual entende que o substancialismo deve ser operacionalizado pelo procedimentalismo de modo que o Estado faça “acontecer o Direito” e não “mate” o Direito (STRECK, 2001, p. 277).

A garantia efetiva dos direitos fundamentais no Brasil foi instituída pela Constituição Federal de 1988, na qual estão previstos, vasto rol de direitos e garantias individuais no artigo 5º, os direitos sociais do artigo 6º e seguintes, do Capítulo II, outra gama de direitos fundamentais, salpicados pelo rol de direitos

sociais no texto constitucional, dentre outros, razão por que a Constituição Federal ficou conhecida como Constituição Cidadã.

Häberle (1991) clarifica a direção que o legislador infraconstitucional deve adotar para conferir e possibilitar interpretação conforme a Constituição, realçando que a tarefa do legislador no Estado Constitucional Democrático é a de legislar para realizar direitos fundamentais. Nesse sentido, Häberle admite que

*[...] um complejo sistema de derechos fundamentales y tareas estatales como núcleo del Estado Constitucional que requiere del ejercicio de un poder o de una función: sobre todo, de la acción del Legislador. Es una democracia el Legislador debe hacer algo esencial a fin de traducir en realidad los derechos, principios, mandatos, programas normados como derechos fundamentales y tareas estatales de asistencia a la realización de los derechos fundamentales; a efectos de hacerlos realidad, para hacer algo vivo de los contenidos jurídico-fundamentales, y de las conexas tareas estatales de la Constitución (HÄBERLE, 1991, p. 105).*

Verifica-se, portanto, que tanto Häberle (1991) quanto Streck (2001) procuram mostrar a necessidade de o Estado realizar direitos, fazendo justiça social, seja pelos responsáveis pela produção de leis que disciplinem a forma de exercício desses direitos, seja pelas autoridades judiciárias que interpretam o direito, permitindo que os mecanismos de garantias desses direitos não adquiram outra feição, se não a do próprio Estado Democrático de Direito.

Dentro ou fora da Constituição, sejam direitos do homem em particular ou da humanidade, o certo é que os direitos fundamentais não se circunscrevem à Constituição, uma vez que nela tais direitos estão dispostos para que se lhes reconheça um quilate de intangibilidade, pois os direitos fundamentais são resultado da luta pelo direito e em busca regulação da vida em sociedade.

A Constituição Federal reconhece a extraconstitucionalização dos direitos fundamentais, lavrando o seguinte texto, no § 2º do artigo 5º, note-se:

Art. 5º. [...];

§ 2º. Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos Tratados Internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1988, p. 11).

Nessa perspectiva, verifica-se que existem direitos fundamentais que estão catalogados no texto constitucional e outros que se encontram em atos normativos infraconstitucionais e em documentos internacionais a exemplo dos Tratados,

Convenções e Diretivas Internacionais. Assim, os direitos e garantias fundamentais catalogados na Constituição têm conotação formal enquanto que outros, em razão da relevância da matéria são elevados à categoria de direitos fundamentais

A par dessa percepção, Canotilho (1998), afirma que

[...] os direitos consagrados e reconhecidos pela constituição designam-se, por vezes, direitos fundamentais formalmente constitucionais, porque eles são enunciados e protegidos por normas com valor constitucional formal (normas que têm a forma constitucional). A Constituição admite (...), porém, outros direitos fundamentais constantes das leis e das regras aplicáveis de direito internacional. Em virtude de as normas que os reconhecem e protegem não terem a forma forma constitucional, estes direitos são chamados direitos materialmente fundamentais (CANOTILHO, 1998, p. 379).

Por oportuno, Silva (2000) conceitua direitos sociais, como uma dimensão dos direitos fundamentais do homem, consignando que tais direitos são

[...] prestações positivas proporcionais pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto direitos que se ligam ao direito de igualdade. Valem como pressupostos do gozo dos direitos individuais na medida em que criam condições materiais mais propícias ao auferimento da igualdade real, o que, por sua vez, proporciona condição mais compatível com o exercício efetivo da liberdade (SILVA, 2000, p. 289).

Os direitos sociais têm a Alemanha como berço em razão do *Welfare State*, pois em 1850, Otto Von Bismarck, um latifundiário e parlamentar alemão, em face de crise no seu país e sendo patrão de muitos, para acalmar os ânimos da população, legislou políticas compensatórias: ofereceu de baixos salários, mas em compensação implantou legislação de cunho social que incluía gratuidade para a habitação, seguro-velhice e assistência médica<sup>14</sup>. Na Inglaterra, por exemplo, foi revogada a Lei da Janela, que encarecia o imposto sobre o imóvel que tivesse muitas janelas, mas como a falta de luz e circulação começava a criar muitas doenças respiratórias a lei foi espancada do ordenamento jurídico inglês (SCILAR, (2002).

O direito fundamental à saúde vem reconhecido na Constituição Federal desde 1937

---

14 Na época de Otto Von Bismarck, o Chanceler de Ferro.



Art. 196. 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 (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1988, p. 143).

Antes disso, porém, genericamente, a Constituição Federal, no *caput* do artigo 6º, estabelece, como parte do rol de direitos e garantias fundamentais, o direito social à saúde, note-se:

Art. 6º. São direitos sociais, a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1988, p. 12).

Ocorre, ainda, que o § 1º do artigo 5º da Constituição Federal dispõe que “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”. Tem-se que essa acepção segue na direção do entendimento de Schmitt (1931, apud Bobbio, 1992), para quem todos os princípios da Constituição que obrigarem o legislador são garantias constitucionais, servindo para escorar, legitimando direitos fundamentais, muito embora haja quem perceba amplitude na acepção schmittiana, como é o caso de Bobbio (1992, p. 515).

Nessa perspectiva, a norma posta no artigo 5º, § 1º da Constituição Federal, revela um dever ao Estado de consolidar a efetividade máxima e imediata dos direitos fundamentais, os quais, segundo Alexy (1999), Sarlet (1998) e Canotilho (1994) asseguram a força dirigente e vinculante dos direitos e garantias fundamentais.

### **3.2.5 Constitucionalização de direitos fundamentais e políticas públicas**

Os direitos fundamentais são resultantes do movimento de constitucionalização iniciado no início do século XVIII, cuja gênese está nas Cartas e Declarações inglesas, passando pelas Cartas Americana e Francesa, culminando com a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Entretanto, não basta que tais direitos se encontrem insculpidos em documentos produzidos pelo Estado. É necessário que os cidadãos efetivamente possam usufruir desse direito consolidando a relação entre o próprio direito e a garantia dele.

Nessa perspectiva, historicamente os direitos fundamentais de cunho social, só se aperfeiçoam em razão da dinâmica social estabelecida no seio das lutas (individuais ou coletivas), a exemplo da concepção de Carvalho (2008), o qual entende que as pressões sociais ocorrem no nível coletivo e no individual.

Acerca da perfectibilização dos direitos fundamentais, sobretudo os sociais, Bobbio (1992) assevera que a inexecutabilidade desses está na má vontade. E arremata com indignação:

O mais forte argumento adotado pelos reacionários de todos os países contra os direitos do homem, particularmente contra os direitos sociais, não é a sua falta de fundamento, mas a sua inexecutabilidade. Quando se trata de enunciá-los, o acordo é obtido com relativa facilidade, independentemente de maior ou menor poder de convicção de seu fundamento absoluto; quando se trata de passar à ação, ainda que o fundamento seja inquestionável, começam as reservas e oposições. O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto o de justificá-los, mas o de protegê-los. Trata-se de um problema não filosófico, mas político (BOBBIO, 1992, p. 24).

No mesmo sentido Dallari (1995) adverte que não basta assegurar a todos a igualdade perante a lei, ou o gozo idêntico dos direitos civis e políticos e a igualdade na participação dos ônus públicos. É indispensável, também, “garantir a igualdade de todos os indivíduos nas condições iniciais da vida social” (DALLARI, 1995, p. 128).

Assim, a existência de um vasto rol de direitos não é suficiente para pôr em prática o exercício desses direitos. Para tanto é necessário que a sociedade exija do Estado mecanismos capazes de dar eficácia aos direitos fundamentais, evitando que direitos sem garantias de nada adiantem, a não ser preencher textos com letras mortas.

A constitucionalização dos direitos fundamentais e dentre tais, o direito fundamental social à saúde tem de ser operacionalizado por meio da criação estatal de ferramentas que vivifiquem os dispositivos constitucionais, a exemplo das políticas públicas, assunto merecedor de ligeira digressão neste ponto.

A conquista de direitos na história da humanidade, indiscutivelmente, é contada pelos inúmeros conflitos decorrentes do exercício do poder arbitrário de uns sobre outros, culminando com uma situação insuportável a ponto, muitas vezes, de ensejar um estado de guerra.

Desse modo, as pressões da sociedade sobre o Estado fazem surgir medidas de certa forma apaziguadoras para a minimização (não resolução) de conflitos. Tais pressões arrefecem por um lado os excessos do Estado contra seus cidadãos e oportunizam repensar e re-significar ações que tendam a mitigar o excesso de desigualdade, ensejando a criação e a implementação de políticas públicas.

Höfling<sup>15</sup> (2001) focaliza as políticas públicas como políticas sociais porque são construídas no âmbito da efetivação de direitos sociais, tais como educação, saúde, previdência, habitação, saneamento, cujo sucesso ou fracasso depende do grau de esforço despendido junto ao Estado. “É o Estado implantando um projeto de Governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade” (GOBERT; MÜLLER, 1987, *apud* HÖFLING, 2001, p. 31).

Boneti (2006) conceitua política pública conforme segue:

Entendemos por políticas públicas o resultado da dinâmica do jogo de forças que se estabelece no âmbito das relações de poder, relações essas constituídas pelos grupos econômicos e políticos, classes sociais e demais organizações da sociedade civil. Tais relações determinam um conjunto de ações atribuídas à instituição estatal, que provoca o direcionamento (e/ou o redirecionamento) dos rumos dos investimentos na escala social e produtiva da sociedade (BONETI, 2006, p. 19).

Boneti (2006), portanto, defende que política pública é uma ação estatal, não necessariamente espontânea, pois, normalmente decorre dos conflitos oriundos da sociedade organizada, nascida da construção da desigualdade social que se inicia de aparência ilegítima, mas que pelo costume se transforma em legítima, porque se fortalece e se consagra, exigindo do Estado uma regulamentação. Para justificar esse argumento exemplifica o caso dos flanelinhas<sup>16</sup>.

Ele assinala que a atividade dessas pessoas não surgiu porque os donos dos carros quiseram, mas porque eles se organizaram e se impuseram à sociedade, uma maneira de mitigar a pobreza geradora da falta de acesso a bens e serviços oferecidos pelo mercado, já que o Estado não lhes provê, corroborando a justificação da lógica do Neoliberalismo e do Estado mínimo (não intervencionista),

---

15 O autor faz diferença entre Estado e Governo. Designa Estado como “o conjunto de instituições permanentes” – como órgãos legislativos, tribunais, forças armadas e outras que não formam, necessariamente, um bloco – que possibilitam a ação do Governo. Designa Governo como um conjunto de programas e projetos que parte da sociedade, configurando-se como orientação política de um governo que assume funções no Estado por um período (HÖFLING, 2001, p. 31).

16 Aquelas pessoas que cuidam dos carros alheios nos estacionamentos.

seara na qual o mercado regula a sociedade e o Estado é um expectador dessa regulação, interferindo o mínimo possível.

Boneti (2006) consigna que toda política pública se origina de uma idéia, a qual se originou de uma vontade. Assim, o contexto determinante para o surgimento de uma política pública é a conjugação de interesses, inserções ideológicas e correlações de forças sociais.

Ronald Dworking conceitua política pública como

[...] espécie de padrão de conduta que assinala uma meta a alcançar, geralmente uma melhoria em alguma característica econômica, política ou social da comunidade, ainda que certas metas sejam negativas, pelo fato de implicarem que determinada característica deve ser protegida contra uma mudança hostil. Daí porque as argumentações jurídicas de princípios tendem a estabelecer um direito individual, enquanto as argumentações jurídicas de políticas visam a estabelecer uma meta ou finalidade coletiva. (DWORKING, 1978, p. 22).

Para Bucci (2005, p. 6), políticas públicas são "programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados".

Araújo (2000), por seu turno admite um elemento à configuração das políticas públicas que é a omissão do Estado, uma vez que seu entendimento descamba para as políticas públicas como ações ou omissões<sup>17</sup> do Estado, operadas com o orçamento público (alimentado pelos tributos), que interferem no espaço público por meio de atores governamentais e não-governamentais da sociedade civil.

Acerca dessa atuação dos atores não governamentais e das lutas empreendidas em busca de recursos para mitigar excessos de desigualdade, Höfling (2001, p. 35) consigna que "as ações empreendidas pelo Estado não se implementam automaticamente", em face das contradições, da dinâmica cujo movimento pode gerar resultados diversos daquele inicialmente esperado, essencialmente em razão da diferente natureza dos grupos de interesses "expressos nas relações sociais de poder".

---

17 O autor entende que na medida em que o Estado não cobra tributo de alguém, também está fazendo política pública, pelo fato de deixar de receber a receita que ficou com o particular. E quando o Estado repassa verbas a empresas privadas, então está permitindo que as políticas públicas tenham a participação do setor privado. Apesar dessa concepção, Araújo não descarta, porém, que política pública seja ação estatal, pois havendo investimento de dinheiro público, será pública a política resultante da aplicação desse recurso (ARAÚJO, 2000, p. 282).

Nesse aspecto há um ponto comum entre todos os teóricos esposados: políticas públicas são “o Estado em ação” (Gobert; Muller, 1987, *apud* Höfling, 2001), pois são ações estatais, envidadas segundo a maior e melhor corrida em busca da alocação do recurso capaz de bancar a ação governamental necessária para minimizar o nível de desigualdade social, daí concordar com Boneti (2006), Araújo (2000) e Bucci (2005), os quais de um ou outro modo admitem que na formulação e implementação de políticas públicas há espaços políticos que permitem cooptar, manipular e elevar o interesse mais bem articulado ao patamar de política pública posta em prática, representando a luta dos atores sociais, como bem designa Monteiro (2006) quando consigna que dentre os atores sociais interferentes nas políticas públicas encontram-se os partidos políticos, os sindicatos, as cooperativas e associações.

É, portanto, na seara estatal com a influência de atores sociais governamentais e não-governamentais da sociedade que surgem as políticas públicas, reiterando que tais políticas não têm feição de resolver conflitos sociais, apenas minimizá-las para “acalmar” setores da sociedade que se vêem desprezados pelo Estado e inibidos no acesso a bens e serviços prestados pelo mercado, razão porque quando não conseguem acesso por esse meio (mercado), o Estado tem o dever de prover seus cidadãos com elementos mínimos de manutenção de dignidade à pessoa, conforme acentua incessantemente Sarlet (2004).

Verifica-se, então, que a simples existência dos direitos fundamentais insculpidos nos catálogos as Constituições não é suficiente para garantir o exercício deles, mas, sim, servir à evolução das pessoas, buscando uma vida mais justa, confortável, objetivando alcançar o mais completo bem-estar, físico, emocional e socioeconômico para ser feliz, no mais amplo sentido de saúde, pondo-se as políticas públicas na vanguarda do atendimento dessas necessidades, colaborando para a construção da dignidade da pessoa, a qual é fundamento da República, conforme consta do *caput* do artigo 1º da Constituição Federal de 1988.

### 3.3 A ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS: ORIGENS

No contexto da Política Nacional de Atenção à Saúde as últimas décadas mostraram que se tornou mais e mais importante cuidar da vida de modo a reduzir a “vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade,

de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população” (BRASIL. MINISTÉRIO, 2006, p.7).

Um sistema de serviço médico de urgência compreende uma estrutura capaz de promover o salvamento de pessoas. Deve fazer parte dessa estrutura de atendimento pré-hospitalar às urgências, o centro de regulação para centralizar os atendimentos, proceder à triagem (das urgências, as mais urgentes), recomendar o procedimento mais adequado para tentar salvar o paciente ou minimizar o sofrimento daquele e mesmo tentar evitar seqüelas severas.

É essa a essencialidade de um sistema de atenção às urgências médicas, pois os estudos ao longo do tempo apontaram que é mais barato socorrer que pagar pensão por morte ou aposentadoria por invalidez, sem contar o custo com internações, tratamentos prolongados, aparelhos ortopédicos e outras situações que uma pessoa segrega se não for socorrida tempestivamente a ponto de evitar seqüelas irreversíveis.

Nos Estados Unidos, o desenvolvimento dos sistemas de urgências começou ao mesmo tempo. Lá, os profissionais são especialmente treinados em emergência e trabalham nas ambulâncias em nível de suporte avançado e os para-médicos, nas de nível básico. As construções de sistemas de urgências médicas são as mesmas que nos EUA, mas alguns países europeus têm também os médicos que atendem ao trabalho pré-hospitalar (ADNET; LAPOSTOLLE, 2004).

Segundo Lopes e Fernandes (1999) a primeira tentativa de organização de auxílio médico de urgência foi posto em prática, em 1792, por Dominique Larrey, cirurgião e chefe militar. Esse médico oferecia cuidados iniciais a pacientes vitimados nas guerras napoleônicas, no próprio campo de batalha, para prevenir complicações.

Foi na França, em 1955, onde foram criadas as primeiras equipes móveis de reanimação, para atender vítimas de acidentes de trânsito e para transferência inter-hospitalares de pacientes. Essa atividade iniciou-se pela preocupação dos médicos com a desproporção existente entre os meios disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios do atendimento pré-hospitalar até então existentes, os quais eram bastante precários. Isso gerou a necessidade de treinamento adequado das equipes de socorro e a participação médica no local, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes (LOPES; FERNANDES, 1999).

Na Europa o primeiro sistema do *Emergency Medical System* (EMS) com unidades móveis de cuidado intensivo foi fundado em Belfast, Irlanda (PANTRIDGE, 1967, *apud* LOPES; FERNANDES, 1999).

### **3.3.1 Os modelos internacionais de atendimento às urgências**

O acelerado crescimento das cidades tem ocasionado a ocupação desordenada dos espaços territoriais primordialmente urbanos, promovendo drásticas mudanças epidemiológicas, especialmente o aumento de casos de enfermidades relacionadas a situações de urgência, requerendo do Estado ações que oferecessem resposta a essa situação, levando inúmeros países a desenvolver estratégias voltadas para a prestação de serviços relativos ao atendimento às urgências médicas. Nos últimos cinquenta anos, diversas propostas foram implementadas e desenvolvidas no mundo, em especial nos países ricos (SCARPELINI, 2007).

Há dois principais modelos de atendimento pré-hospitalar (APH): o modelo franco-germânico e o modelo anglo-americano.

#### **3.3.1.1 O modelo franco-germânico**

O modelo de atendimento pré-hospitalar franco-germânico funciona com médico que atua diretamente no atendimento, desde o chamado telefônico pelo paciente ou por outra pessoa que o esteja assistindo.

O chamado é avaliado pelo médico regulador, o qual na avaliação define a gravidade da situação e determina qual o atendimento móvel mais adequado ao caso e se é o caso de deslocamento de ambulância com maior ou menor capacidade de resolução, chamada, respectivamente, de Unidade de Suporte Básico (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA).

Nesse modelo a viatura é tripulada por um médico, que inicia o diagnóstico e segue no processo terapêutico. O paciente é transportado para o local do tratamento definitivo e se realiza após a avaliação efetuada pelo médico na Central Reguladora, o qual em face das informações obtidas define o serviço hospitalar mais adequado.

Esse modelo permite algumas medidas terapêuticas, muitas vezes fundamentais para a salvação do paciente, como ocorre freqüentemente com as

emergências clínicas, tal como infarto agudo do miocárdio, cujo diagnóstico pode ocorrer no local onde se encontrar o paciente. Feito esse diagnóstico preliminar é possível iniciar o uso de medicamentos e o paciente pode ser transportado diretamente à unidade hospitalar específica de tratamento cardíaco.

Este modelo é criticado quanto aos atendimentos a traumas, pois pouco pode ser feito, do ponto de vista terapêutico, na cena do acidente, e o retardo no transporte para o local de tratamento definitivo pode ser fatal (SCARPELINI, 2007).

Tal modelo de atendimento pré-hospitalar de urgências é operacionalizado na França, Alemanha, Espanha, Portugal, e em alguns países da África e América Latina. O modelo do *Service d'Aide Médicale d'Urgence* (SAMU) francês teve grande influência no desenvolvimento do projeto adotado pelo Governo brasileiro (DUCASSE et al., 2006, p. 725).

### 3.3.1.2 O modelo anglo-americano

A gênese do modelo de atendimento pré-hospitalar norte-americano tem raízes na experiência militar obtida na II Guerra Mundial, nas guerras da Coreia e do Vietnã, dentre outras (SCARPELINI, 2007).

A rápida remoção do paciente do local do atendimento inicial e o transporte imediato para o local de tratamento definitivo, são a base do sistema. Nesse aspecto o modelo norte-americano em nada difere do modelo franco-germânico, considerando que a feição do atendimento pré-hospitalar às urgências é exatamente o atendimento prévio de modo que o paciente tenha a oportunidade de reduzir a probabilidade de riscos de morte ou de ficar com seqüelas irreversíveis.

Esse modelo teve início na década de 50 e se caracterizou pela participação indireta dos médicos, os quais assumiram a função de elaborar e supervisionar protocolos.

Essa modalidade baseia-se na intervenção no local de atendimento e é realizada por técnicos<sup>18</sup> em emergências médicas (*Emergency Medical Technician - EMT*) e pelos para-médicos<sup>19</sup>, os quais atuam com base em protocolos médicos, executando limitados procedimentos invasivos como intubação traqueal,

---

18 BARREIRO (2005). No Brasil são os técnicos em enfermagem de nível médio.

19 BARREIRO (2005). No Brasil são os enfermeiros de nível superior, embora nos EUA haja curso de graduação de para-médicos diferente do curso de Medicina e do Curso de Enfermagem.



desfibrilação e descompressão torácica com agulha, seguido pelo transporte rápido para um hospital de referência para aquela situação (SCARPELINI, 2007; VÄISÄNEN, 2005).

Ao chegar ao hospital, transferem a responsabilidade do atendimento aos médicos chamados “emergencialistas”. Regularmente (uma vez por semana) os EMT e para-médicos apresentam seus casos aos diretores médicos para auditoria e avaliação das condutas tomadas. A atuação dos médicos em campo tem se ampliado nos últimos anos. Atualmente, no modelo britânico, os helicópteros são tripulados com médicos para transporte e atendimento na cena do episódio (SCARPELINI, 2007; VÄISÄNEN, 2005).

Existem outros modelos de atendimento às urgências, que variam entre o modelo pré-hospitalar e o modelo hospitalar.

### **3.3.2 A atenção às urgências pré-hospitalares no mundo**

Verificou-se que a política de atenção às urgências é uma preocupação mundial e, em razão disso, os serviços de atendimento pré-hospitalar são bastante disseminados em diversos países do mundo, a exemplo da Argélia, Argentina, Áustria, Bélgica, Benin, Brasil, Chile, Espanha, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Portugal, Tunísia (BRASIL. MINISTÉRIO, 2008).

### **3.3.3 A atenção às urgências pré-hospitalares no Brasil**

Historicamente o Brasil proveu a saúde de políticas públicas quando as epidemias estavam comprometendo as exportações, instante em que foi instaurado no Brasil o período denominado de “Campanhista” ou “Higienista”, com Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, no final do século XIX e início do século XX, restringindo a ação do Estado a determinadas enfermidades, como adverte Brito (1995).

Associa-se à lógica restritiva da ação estatal sobre certas doenças em detrimento de outras, o modelo campanhista, à lógica capitalista de manutenção da força de trabalho e de expansão das atividades econômicas (BRITO, 1995, p. 2).

O direito à saúde foi constitucionalmente consagrado no Brasil pela Constituição Federal de 1937. Ao contrário do meio ambiente, a saúde foi tratada por diversas Constituições anteriores a de 1988 (ELIAS, 2001, p. 136).

Verifica-se, com isso, que os serviços médicos servem à ideologia das elites dominantes, de modo que a população esteja preparada para o trabalho, e, assim, poder atender ao ideário capitalista. Essa perspectiva é confirmada por Brito (1995, p. 5), que caracteriza a medicina como disciplinar para adestrar a população para ter saúde e disposição para o trabalho, sendo os médicos os “formuladores de uma estratégia de medicalização destinada a preparar e organizar as populações urbanas para as novas relações sociais decorrentes do sistema capitalista”.

Por essa concepção assentam-se as políticas públicas em saúde e de proteção ao trabalhador, visando à segurança do sistema produtivo. Assim, a legislação de amparo ao trabalhador tem por objetivo minimizar gastos que podem ser evitados com a previdência, notadamente os que geram aposentadoria por invalidez. Assim, prevenir é mais barato. No âmbito geral (visando a todas as pessoas e não só os trabalhadores), a política de atenção às urgências colabora com a previdência, que economiza benefícios do SUS:

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS e o conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar deste perfil de pacientes. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice de APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação a acidentes e violência nos últimos anos, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda (BRASIL. MINISTÉRIO/PORTARIA, 2002, p. 3).

### 3.3.3.1 Sistema Integrado de Assistência Médica e Emergências - SIAME

Em 1990 surgiu na esfera federal o Sistema Integrado de Assistência Médica e Emergências - SIAME, do Ministério da Saúde, o qual criou o Programa de Enfrentamento as Emergências e Traumas - PEET, do qual fazia parte o Projeto de Atendimento Pré-hospitalar - PAPH.

O PAPH iniciou uma padronização nacional de atendimento extra-hospitalar para vítimas politraumatizadas e que acabou se tornando a base dos modelos atuais dos Serviços de Atendimento Móvel às Urgências que hoje funcionam no Brasil (BRASIL. SANTA CATARINA.CORPO DE BOMBEIROS, 2005, p. 2).

### 3.3.3.2 A Política Nacional de Atenção às Urgências

As ocorrências relativas a acidentes, traumas e enfermidades crônicas não transmissíveis, ocupam os primeiros lugares de morbimortalidade, impactando os custos socioeconômicos, com seqüelas de significativa importância e aumento de anos de vida perdidos por essas causas.

Essas ocorrências prejudicam severamente o orçamento público em razão de despesas, antes da hora, com aposentadorias por invalidez e pensões por morte do trabalhador, o qual foi abreviado da vida ou da relação capital-trabalho. Tais ocorrências são a razão de existir o atendimento instantâneo do paciente. Essas situações são comuns nos países que percebem a importância da atenção às urgências médicas, pois em casos de falta de atendimento o paciente falece ou adquire seqüelas irreversíveis. Veja-se a envergadura do SAMU chileno (SAMU 131).

*Muchos de estos pacientes fallecen antes de recibir una atención médica especializada, asinay fuera de los recintos hospitalarios.*

*Cabe señalar además, el riesgo inminente de desastres y catástrofes a que estamos expuestos constantemente, sean estos causados por el hombre o por la naturaleza.*

*Lo anterior, ha llevado a nuestro país y región a organizarse para enfrentar esta problemática a través del fortalecimiento de la Red de Urgencia y de Atención Prehospitalaria.*

*La adecuada planificación y organización permite un mejor abordaje de las situaciones de emergencia y desastres tarea crucial que es asumida por el Servicio Salud del Maule a través del desarrollo de la Red de Urgencia en la cual se inserta la edición de este manual.*

*El otorgamiento de una atención de sbalud oportuna, digna, eficiente y eficaz debe estar sustentado en una buena organización (CHILE. MINISTERIO DE SALUD, 2008, p. 1).*

A Portaria GM n. 2.048, de 5 de novembro de 2002, foi editada considerando um crescimento de demanda na área de urgências, especialmente de casos de acidentes e ocorrências decorrentes da violência urbana.

Havia descompasso entre o crescimento das urgências e a estrutura assistencial oferecida pelo SUS, a qual era insuficiente. Esse descompasso concorria para que muitas vidas fossem abreviadas e isso, inevitavelmente, impactava negativamente o orçamento público, o qual via aumentados gastos que poderiam perfeitamente ser evitados se fossem adotadas providências de socorro rápido.

Essa constatação levou o Estado brasileiro, por meio do Ministério da Saúde, a implantar um processo de aperfeiçoamento de atendimento às urgências<sup>20</sup>. Para tanto era necessário investir nessa área, principalmente buscando unificar os sistemas estaduais e municipais, tornando-os um sistema tripartite, bancado com recursos da União, dos Estados e dos Municípios e sedimentado segundo os princípios do SUS, tais como a equidade e universalidade.

Buscando implantar a cultura de minimizar os impactos da violência urbana, a mencionada Portaria aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, conforme o artigo 1º, § 1º, o qual estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgências, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências, Regulação Médica dessas urgências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

A Portaria referenciada estabeleceu 4 eixos de atenção às urgências públicas, conforme segue.

O componente pré-hospitalar fixo inclui os postos de saúde (atenção básica), o Programa Saúde da Família (PSF), os agentes comunitários, os pronto-socorros, os hospitais especializados, os serviços de diagnóstico e terapia, e os estabelecimentos não hospitalares.

O componente pré-hospitalar móvel é composto pelos serviços de socorro móveis (ambulâncias) e pelas centrais de regulação médica. É conhecido como SAMU.

O componente hospitalar se compõe dos estabelecimentos hospitalares e dos leitos de internação (generalistas, especializados de retaguarda para pacientes que necessitam de internação de tratamento de longa duração e os de terapia intensiva. Também inclui as urgências dos estabelecimentos hospitalares.

O componente pós-hospitalar inclui os cuidados no domicílio da pessoa e a reabilitação.

---

20 Neste trabalho urgência e emergência estão sendo tratadas da mesma forma, pois no que se refere ao atendimento pelo SAMU quem decide a maior ou menor urgência é o médico regulador. Desse modo, quando se estiver utilizando o termo urgência, tanto faz se é urgência estrito senso ou emergência estrito senso.

### 3.3.3.2.1 A Portaria GM n. 1.863, de 29 de setembro de 2003

Essa Portaria institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, para ser implantada em todas as unidades federadas, considerando o quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas as urgências, em especial as relacionadas ao trauma e à violência, contempladas no Anexo da Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001 – Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. considerando que é de relevância pública o estabelecimento de normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências, conforme preceituam o artigo 197 da Constituição Federal <sup>21</sup> e os artigos 1º e 15 da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Pelo artigo 2º da Portaria que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, ela é composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, formando um sistema tripartite, devendo ser organizada de forma a atingir, dentre outros, os seguintes objetivos:

1 Garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios).

2 Desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades.

3 Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos.

4 Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, permitindo

---

21 Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

que a partir de seu desempenho seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do SUS em seus três níveis de gestão.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, seguindo a linha do SUS, prevê um modo integral de atendimento, determinando a adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, buscando identificar as causas de abreviação de vida e fornecendo elementos que levem à prevenção, razão da necessidade e exigência de organização das redes de atenção integral às urgências, organizadas de dois modos, na conformidade do que prevê o artigo 3º, item 2ª, 2b, 2c e 2d, quando estabelece os componentes das redes de atenção às urgências que são: a) componente pré-hospitalar fixo; b) o componente pré-hospitalar móvel; c) componente hospitalar; e d) componente pós-hospitalar.

O componente pré-hospitalar fixo é composto de unidades básicas de saúde e de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnósticos e terapias e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências.

O componente pré-hospitalar móvel é composto pelo SAMU e pelos serviços associados de salvamento e resgate. A orientação geral segundo os princípios de humanização também é previsto, no item 3 do artigo 3º da mencionada Portaria, e serve para ser praticado por todos os operadores das centrais de regulação e dos operadores das unidades básicas e avançadas móveis.

O componente hospitalar é composto de portas hospitalares gerais, com toda a gama de leitos e de terapia semi-intensiva e intensiva.

A Política Nacional de Atenção às Urgências também prevê a capacitação e a educação continuada dos profissionais dos profissionais de saúde.

#### *3.3.3.2.2 A Portaria GM n. 1.864, de 29 de setembro de 2003*

O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências-192, simplesmente conhecido por SAMU, parte integrante da Política Nacional de Atenção às Urgências, foi instituído como componente pré-hospitalar móvel, pela Portaria GM n. 1.864, de 29 de setembro de 2003, cujo objetivo central é a redução do número de óbitos, bem como o tempo de internação em hospitais e seqüelas remanescentes em razão da falta de socorro tempestivo, em Municípios e regiões de todo o território brasileiro.

As despesas do SAMU são de responsabilidade tripartite entre União, Estados e Municípios, sendo que a União arca com 50%, e o restante dos recursos do custeio fica a cargo dos Estados e Municípios, conforme pactuado em cada Comissão Intergestora Bipartite, sendo que essa divisão deve ser expressa nos projetos enviados ao Ministério da Saúde.

O atendimento funciona todos os dias, 24 horas, e é acionado através da linha 192, cuja chamada é atendida por uma central de regulação médica, composta por médicos reguladores.

Segundo o disposto no artigo 3º da Portaria criadora do SAMU, o parâmetro proporção é de 1 veículo de suporte básico à vida, para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes e de 1 veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 habitantes. Essa distribuição de veículos em relação à população revela grande desproporção na relação, deixando esse serviço limitado e precário, certamente distanciado do princípio da eficiência da Administração Pública, insculpido no artigo 37, caput, da Constituição Federal de 1988.

As equipes que integram tanto a Unidade de Suporte Avançado (USA) quanto a Unidade de Suporte Básico (USB) se revezam em escala com 24 horas funcionando todos os dias da semana. Os profissionais ficam de plantão na base operacional do SAMU, aguardando determinação do médico regulador para prestar atendimento médico emergencial.

Os casos que requerem o deslocamento de USA são enviadas para atendimento mediante autorização do médico regulador ou do coordenador direto do SAMU. Demais solicitações devem ser atendidas pelas USB.

Competirá, portanto, ao médico regulador a determinação da existência de risco imediato à vida, pois, somente nesta condição, salvo determinações excepcionais provenientes de órgãos superiores, serão despachadas as USA. Esta determinação deverá ser baseada, exclusivamente, no grau de comprometimento de funções vitais, capazes de comprometer seriamente a qualidade de vida ou a expectativa de vida, como as abaixo relacionadas: comprometimento da via aérea (A); comprometimento da dinâmica respiratória (B); comprometimento da dinâmica circulatória (C); Comprometimento da função neurológica (D); comprometimento funcional de extremidades (E) (LOPES; FERNANDES, 1999, p. 384)

Nessa perspectiva, quaisquer traumas ou patologias clínicas que o médico regulador identifique risco imediato à vida devem ser atendidos pelas equipes de USA. Contrário senso, quaisquer traumas ou patologias clínicas nas quais o médico

regulador tenha identificado risco não imediato à vida devem ser atendidas pelas equipes de USB.

A rede nacional do SAMU existe para atender todas as capitais brasileiras, ou seja, deve existir ao menos um SAMU em cada capital dos Estados e do Distrito Federal. Em que pese a Política Nacional pretender atingir toda a população brasileira, o SAMU atende pouco mais de 50% dos brasileiros (ver tabela 07).

Municípios com menos de 100 mil habitantes podem se unir em torno de um Município habilitado como pólo de micro-região, segundo as especificações da Norma Operacional de Atenção à Saúde de 2002 (NOAS/2002) (BRASIL. MINISTÉRIO, 2008, p. 4).

O SAMU brasileiro, inspirado no modelo francês, prioriza a remoção do paciente ao hospital e o atendimento preliminar desse paciente.

Reúne, esse componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, elementos estratégicos de educação, pois identifica causas e pode desenvolver projetos de melhoria para evitar ocorrências de morte e outras situações. Assim, por exemplo, se um determinado ponto da cidade está sendo contumaz em acidentes de trânsito, o SAMU identifica a necessidade de medidas de educação para o trânsito, como também a melhoria da sinalização e a colocação de fiscais de trânsito.

Do mesmo modo, o atendimento feito pelo SAMU, permite ampliar a identificação de doadores de órgãos para transplantes, melhorar a notificação de doenças às autoridades sanitárias com antecedência que possibilite adotar medidas preventivas.

No Brasil, o SAMU teve início com a assinatura de um acordo de cooperação bilateral, no início da década de 1990, assinado entre o Brasil e a França, por meio de solicitação do Ministério da Saúde. Essa cooperação ajudou a estruturar alguns serviços de atendimento a urgências, especialmente nas capitais e em grandes cidades brasileiras funcionando como projetos-piloto. Essa parceria fez com que o Brasil optasse pelo modelo francês de atendimento, o qual considera que o paciente seja atendido pelo médico regulador e que em viaturas de suporte avançado (USA) obrigatoriamente tenham a presença de médico (BARBOSA, 2001; LOPES; FERNANDES, 1999).

O SAMU surgiu no Brasil no contexto da Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída pela Portaria GM n. 1.863/2003.



No mesmo dia o Ministro da Saúde expediu a Portaria GM n. 1.864/2003, criando o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, com o objetivo de reduzir o APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos). Essa preocupação, considera, principalmente, a onerosidade aos cofres públicos dos gastos com internação, benefícios, pensões, indenizações e seguros.

O SAMU abrange os atendimentos pré-hospitalares, tendo-se como tais,

[...] toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, através dos diversos meios e métodos disponíveis, com uma resposta adequada à solicitação, a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando a manutenção da vida e/ou a minimização das seqüelas (LOPES; FERNANDES, 1999, p. 7).

A Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde considera nível pré-hospitalar móvel na área de urgência,

[...] o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar à sofrimento, seqüelas, ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e / ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO/PROJETO, 2003, p. 12).

Esse, portanto, é o espírito do SAMU como mecanismo de legitimação do aparelho ideológico estatal. Assim, na medida em que se torna eficiente, juntamente com outras políticas (ainda que do mesmo eixo: política de urgência, a exemplo do PSF), colabora na preservação da relação capital-trabalho, possibilitando que as pessoas potencialmente estejam aptas a participar do mundo produtivo, de forma a impactar em menor escala os encargos sociais ao empregador, como também o SUS. Nesse sentido, as políticas basais são de fundamental importância no combate à morte precoce e às seqüelas que mutilam, porque tais ocorrências abreviam a vida ou limitam a qualidade de vida socioeconômico-ambiental das vítimas e das famílias dessas pessoas, sacrificando-lhes a saúde, dentro dos aspectos considerados pela OMS para conceituar saúde (completo bem-estar físico, social, mental, etc.).

## **4 PROBLEMA**

O SAMU no Estado do Amapá é uma política pública efetiva?

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 GERAL**

Analisar o SAMU como política pública de saúde no que se refere ao atendimento de urgências pré-hospitalares realizadas pelo componente móvel.

### **5.2 ESPECÍFICOS**

1 Analisar o SAMU no contexto do direito à saúde, à luz da Teoria dos Direitos Fundamentais;

2 Analisar o SAMU como política pública de saúde, destacando circunstâncias críticas da Política Nacional de Atenção às Urgências, sobretudo do SAMU;

3 Revelar o perfil dos casos atendidos pelo SAMU no Estado do Amapá, no período de janeiro a dezembro de 2007.

## 6 MATERIAL E MÉTODOS

### 6.1 NATUREZA E TIPOS DE PESQUISA

A investigação foi construída por meio de dois tipos de pesquisa: a bibliográfica, sob a qual se buscou livros, revistas, periódicos e consulta ao banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), bem como a base de dados do Ministério da Saúde.

Com esse arsenal foi possível construir o referencial teórico, seja o que disse respeito à Teoria de base, seja quanto aos aspectos conceituais formadores da base deste trabalho.

De outro modo, não seria possível estudar o SAMU sem consultar a base de dados respectiva. Entretanto, os dados relativos ao Amapá não estavam digitados, portanto, indisponíveis em banco digitalizados, razão por que se teve de aguardar a realização dessa tarefa pela equipe responsável pela alimentação da base.

Os dados relativos ao SAMU foram tabulados, buscando-se compilar e demonstrar um olhar científico sobre o SAMU, procurando responder se esse componente da Política Nacional de Atenção às Urgências é efetivo, abraçando-se a concepção de Abbagnano (2000), para quem efetividade diz com a capacidade de atingir o objetivo real. E segundo essa política pública os objetivos imediatos são evitar mortes precoces, reduzindo o índice APVP; reduzir seqüelas irreversíveis e otimizar o banco de órgãos para transplantes. Como objetivo mediato é desempatar o orçamento público com o SUS.

Desse modo, fez-se tanto pesquisa bibliográfica quanto pesquisa de campo.

Mostrou-se adequado para embasar a abordagem na pesquisa, o método dedutivo, segundo o qual parte-se de enunciados gerais, chegando-se à conclusão particular.

O método de procedimento adotado é o quantitativo descritivo, considerando o volume de dados numéricos que constam do trabalho dissertativo, razão por que foi possível quantificar o SAMU em alguns aspectos. Nessa perspectiva, o método quantitativo “caracteriza-se pelo emprego de quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento dessas por meio de técnicas estatísticas” (TEIXEIRA; PACHECO, 2005, p. 60).

## 6.2 TÉCNICA DE PESQUISA

De um lado buscou-se dados na base do SAMU Amapá. Tais dados possibilitaram conhecer aspectos específicos do componente móvel pré-hospitalar da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Ocorre que estudar o atendimento móvel de urgência, sem conhecer como era prestado esse serviço no Estado (porque não há informações publicadas e disponíveis para consulta), foi necessário utilizar a entrevista com algumas autoridades, a exemplo do chefe do serviço de socorro do Corpo de Bombeiros Militar em Macapá, o qual, com incrível presteza, forneceu informações capazes de explicar como era feito esse atendimento antes do SAMU.

Usando da mesma técnica, entrevistou-se a Secretária de Saúde da época em que o Município de Macapá prestava socorro pelo serviço conhecido como linha 1520. Do mesmo modo, foram entrevistadas a chefe do Centro Integrado de Defesa Social (CIODES), assim também a atual Promotora de Justiça de Defesa do Meio Ambiente, Conflitos Agrários, Habitação e Urbanismo, uma para esclarecer fatos relativos aos atendimentos às urgências móveis no tempo em que tal serviço era realizado pela Polícia Militar e a outra, para informar se contra o SAMU existe um volume digno de nota de reclamações.

As entrevistas foram gravadas e degavadas, sem excessos de preciosismo do ponto de vista do número de questões. Portanto, lançava-se somente uma pergunta, deixando o entrevistado falar a vontade, até que o próprio entrevistado sentisse que o assunto estava esgotado, o que normalmente ocorria em cerca de uma hora de duração em encontro único. Nessa perspectiva, aloca-se o conceito de entrevista.

Entrevista é uma técnica de pesquisa que visa obter informações de interesse a uma investigação, onde o pesquisador formula perguntas orientadas, com um objetivo definido, frente a frente com o respondente e dentro de uma interação social (GIL, 1999, p. 125).

O tipo utilizado foi a entrevista por pauta, a qual explora pontos ou pautas ordenados e guardar relação entre si. Nesse tipo de entrevista são feitas poucas perguntas diretas, pois o entrevistado fala livremente no contexto das pautas assinaladas, devendo o entrevistador intervir quando o entrevistado estiver fugindo da pauta (GIL, 1999).

### 6.3 DELIMITAÇÃO DO UNIVERSO TEÓRICO E ESPACIAL

Dentro da linha de pesquisa Meio Ambiente e Políticas Públicas, integrante da área de concentração Direito ambiental e Políticas Públicas, a pesquisa transitou pelo Direito Ambiental, pois que exigível em face da natureza do Curso de Mestrado. Mas a composição deste trabalho também exigiu percorrer o Direito Constitucional, afinal como justificar o direito à saúde como direito fundamental social sem buscar lastro na ciência Constitucional?

Além desses ramos do conhecimento, imprescindível buscar embasamento nas ciências da Saúde, afinal certas nomenclaturas são específicas dessas ciências e também foi imprescindível alocar supedâneo capaz de conceituar efetividade, o que de certo modo, encontra-se termo na Filosofia.

Com esses subsídios somados à base de dados do SAMU os estudos necessários para a construção deste trabalho puderam ser realizados, salientando-se que, no Estado do Amapá, o SAMU está implantado para atender a população dos Municípios de Macapá, a capital, e Santana, segundo Município mais populoso do Estado.

O universo espacial está delimitado pelo objeto de estudo: o SAMU.

### 6.4 QUESTÕES ÉTICAS NA PESQUISA

Todas as vezes que se buscou informações de interesse científico, relativas ao tema pesquisado, solicitou a autorização do entrevistado por meio da assinatura do termo de consentimento esclarecido, conforme apêndices colacionados nesta dissertação.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As implantações do SAMU ocorreram no Brasil, conforme se vê nos quadros seguintes:

Tabela 01: Serviços de Atendimento Móvel de Urgência implantados por Unidades da Federação por ano, no período de 2004 a 2008.

UF	2004	2005	2006	2007	2008	QUANTIDADE	%
AM	-	-	1	-	-	1	0,75
AP	-	-	1	-	-	1	0,75
DF	-	1	-	-	-	1	0,75
ES	-	-	1	-	-	1	0,75
PA	-	1	-	-	-	1	0,75
RJ	-	1	-	-	-	1	0,75
RR	-	-	-	-	1	1	0,75
SE	-	-	1	-	-	1	0,75
RS	1	3	-	1	-	5	3,75
GO	-	3	2	2	1	8	6,00
SC	-	3	4	-	1	8	6,00
AC	-	1	-	1	-	2	1,50
AL	1	-	1	-	-	2	1,50
MS	-	1	-	-	1	2	1,50
RN	-	1	1	-	-	2	1,50
RO	-	1	1	-	-	2	1,50
CE	1	1	-	-	1	3	2,25
MT	-	1	-	1	1	3	2,25
PB	-	1	2	-	-	3	2,25
PE	1	1	-	1	-	3	2,25
TO	-	3	-	-	-	3	2,25
PI	-	1	2	-	1	4	3,00
PR	2	2	2	1	-	7	5,25
MA	-	3	5	1	1	10	7,60
BA	6	3	1	1	3	14	10,55
MG	5	4	1	2	2	14	10,55
SP	10	5	3	7	5	30	22,55
<b>TOT</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>133</b>	<b>100%</b>

Fonte: dados do portal do Ministério da Saúde, consolidados pela autora.

A implantação desuniforme do SAMU pelas capitais e demais Municípios brasileiros segundo os dados consolidados na tabela 01 revela as desigualdades experimentadas pelos brasileiros, sobretudo os que vivem na faixa de pobreza, pois são os que mais precisam da política pública de saúde.

Nota-se que muitas Unidades Federadas (UF) têm um SAMU, o que de pronto assinala precariedade do atendimento, considerando que a verba federal, segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências é liberada em face da aprovação dos requisitos população e distância entre Municípios.

Considerando-se que para 100.000 a 150.000 habitantes o Governo Federal autoriza uma USB, como conciliar essa população potencial para uma viatura básica?

É perceptível, sem dúvida, que o discurso imprimido no bojo da Política Nacional de Atenção às Urgências destoa da realidade, uma vez que a Portaria GM n. 1864/2003, que cuida do componente móvel, estabelece:

§ 3º As ambulâncias serão adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes (BRASIL. MINISTÉRIO/PORTARIA, 2003, p. 3).

Ocorre que no preâmbulo da mesma Portaria consta que o SAMU foi criado para corrigir a baixa cobertura populacional e a insuficiência dos serviços públicos de atendimento móvel e levando em consideração o quadro de morbimortalidade no Brasil e a territorialidade continental.

Essa assertiva só tem cabimento se o parâmetro utilizado na Portaria de criação do SAMU tivesse sido “atendimento móvel zero”. Ocorre que em muitas capitais e Municípios, como ficou evidenciado neste trabalho, havia serviço de atenção às urgências o SAMU só os oficializou. Portanto, o parâmetro “atendimento móvel zero” não pode ser utilizado.

O reconhecimento da necessidade de implantar a Política Nacional de Atenção às Urgências já trazia essa mesma preocupação, quando da edição da Portaria GM n. 737, de 16 de maio de 2001, a qual aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas (BRASIL. PORTARIA, 2001, p. 1).

Assim, mesmo a tabela 01 revela um quadro de extrema desigualdade com a distribuição de Justiça social no Brasil, levando em conta as diferentes notas concebidas na tabela 01: quantidades diferenciadas e concentração de SAMU em áreas de maior concentração de renda.

Tabela 02: Serviços de Atendimento Móvel de Urgência inaugurados na REGIÃO NORTE, por Unidade da Federação, no período de 2004 a 2008.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
UF	2004	2005	2006	2007	2008	QTD	%	POPULAÇ. ESTIM 2007*	MUNICI PIOS*	POPULAÇ. COBERTA ***	% DA COBERTURA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO ESTIMADA
TO	-	3	-	-	-	3	2,25	1.243.627	139	110.959	8,92
RR	-	-	-	-	1	1	0,75	395.725	15	***	***
RO	-	1	1	-	-	2	1,50	1.453.756	52	373.917	25,72
PA	-	1	-	-	-	1	0,75	7.065.573	143	2.042.530	28,91
AP	-	-	1	-	-	1	0,75	587.311	16	454.008	77,30
AM	-	-	1	-	-	1	0,75	3.221.939	62	1.644.690	51,05
AC	-	1	-	1	-	2	1,50	674.133	22	674.133	100,00
TOTAL	-	6	3	1	1	11	8,25	14.626.316	449	5.300.237	36,24
% MÉDIO DA COBERTURA = Lx+L...z : PELA QUANTIDADE TOTAL DE UF, sem inclusão das UF não informadas.											48,65

Fonte: dados do portal do Ministério da Saúde.

\* IBGE Estados. Total de Municípios da UF.

\*\* Portal do Ministério da Saúde, 2008.

\*\*\* Não informado pelo MS.

A Região Norte é politicamente formada por 7 Estados: Acre, Amapá, Amazonas, Rondônia, Roraima e Tocantins. Sendo a maior Região brasileira em área.

De 2004 a 2008 foram implantados 11 SAMU na Região Norte, sendo que em 2005 houve maior número. O Estado de Tocantins é o que mais tem (3), muito embora a maior população seja a do Estado do Pará.

Salta aos olhos que a população do Estado do Acre esteja toda coberta, o que em face da característica do SAMU (uma unidade de suporte básico para cada 100.000 habitantes) parece haver uma incoerência, já que a própria legislação estabelece a limitação da política pública e como o Acre dispõe só de 2 SAMU, em tese, não cobriria a população total do Estado.

Por enquanto, o SAMU cobre menos de 40% da população total da Região.

É visível a diferença entre a quantidade de SAMU da Região Norte (economicamente mais pobre) e das Regiões Sudeste e Sul (economicamente mais ricas). Paradoxalmente, a população mais pobre está localizada nas regiões Norte e Nordeste, mas a política pública de saúde destina maior quantidade de recursos para as Regiões de menor potencial econômico.

Com isso, não se promove o desenvolvimento dessas Regiões de forma mais justa conforme descreve o artigo 3º, inciso III da Constituição Federal de 1988, pois



o marco do capital impõe limites ao crescimento de regiões menos desenvolvidas. Desse modo, sempre haverá menos profissionais contratados para operacionalizar as políticas públicas, menos prédios, tecnologia superada e sucateada.

Tabela 03: Serviços de Atendimento Móvel de Urgência inaugurados na REGIÃO CENTROESTE, por Unidade da Federação, no período de 2004 a 2008.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
UF	2004	2005	2006	2007	2008	QT D	%	POPULAÇ. ESTIM 2007*	MUNI CÍ PIOS*	POPULAÇ. COBERTA ***	% DA COBERTURA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO ESTIMADA
GO	-	3	2	2	1	8	6,00	5.647.035	246	2.593.270	45,92
MT	-	1	-	1	1	3	2,25	2.854.642	141	1.082.869	37,93
DF	-	1	-	-	-	1	0,75	2.455.903	1	2.333.108	95,00
MS	-	1	-	-	1	2	1,50	2.265.274	78	749.768	33,10
TOTAL	-	5	2	3	2	14	9,00	13.222.854	466	6.759.015	51,12
% MÉDIO DA COBERTURA = Lx+L...z : PELA QUANTIDADE TOTAL DE UF, sem inclusão das UF não informadas											52,99

Fonte: dados do portal do Ministério da Saúde, consolidado pela autora.

\* IBGE Estados. Total de Municípios da UF.

\*\* portal do Ministério da Saúde, 2008.

A Região Centroeste é formada por 3 Estados (Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul) e pelo Distrito Federal. É menos populosa que a Região Norte.

Goiás é o Estado de maior número de SAMU (8) e também é o Estado mais populoso daquela região, sendo que o MS aponta que pouco mais da metade da população se encontra potencialmente amparada pela política de atendimento móvel de urgência.

Os SAMU instalados na Região Centroeste cobrem pouco mais de 50% da população, o que contraria o discurso da Política Nacional de Atenção às Urgências, de que trata a Portaria GM n. 1.863/2003, como também não se coaduna com o princípio da isonomia, esteio do Estado Democrático de Direito, que se funda no tratamento igualitário entre iguais.

Nessa mesma perspectiva, considerando que o Sistema Único de Saúde (SUS) não faz diferença entre pessoas, pois abrange nacionais e estrangeiros residentes no País, como também abrange atendimentos preventivos e curativos, dentre os quais se inserem os pressupostos do componente móvel da Política Nacional de Atendimento às Urgências, não é compatível com tratamento

diferenciado, pois na medida em que fere o princípio da isonomia, afeta a constitucionalização do direito fundamental à saúde.

Tabela 04: Serviços de Atendimento Móvel de Urgência inaugurados na REGIÃO SUDESTE, por Unidade da Federação, no período de 2004 a 2008.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
UF	2004	2005	2006	2007	2008	QT D	%	POPULAÇ. ESTIM 2007*	MUNI CÍ PIOS*	POPULAÇ. COBERTA ***	% DA COBERTURA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO ESTIMADA
SP	10	5	3	7	5	30	22,55	39.827.570	645	19.585.206	49,17
MG	5	4	1	2	2	14	10,55	19.273.506	853	5.581.765	28,96
RJ	-	1	-	-	-	1	0,75	15.420.375	92	11.435.614	74,15
ES	-	-	1	-	-	1	0,75	3.351.669	78	1.522.535	45,42
TOTAL	15	10	5	9	7	46	34,60	77.873.120	1.668	38.125.120	48,95
% MÉDIO DA COBERTURA = $Lx+L...z$ : PELA QUANTIDADE TOTAL DE UF, sem inclusão das UF não informadas											49,43

Fonte: dados do portal do Ministério da Saúde, consolidados pela autora.

\* IBGE Estados. Total de Municípios da UF.

\*\* portal do Ministério da Saúde, 2008.

A Região Sudeste é a mais populosa do Brasil, apesar de ser formada por somente 4 Estados: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo. O Estado mais populoso é São Paulo e também o que mais tem SAMU.

Existem 46 SAMU instalados nessa Região e potencialmente cobrem menos de 50% da população que se aproxima de 78 milhões de habitantes.

Sem dúvida, que o Estado de São Paulo, por si só, congrega população que preencheria cerca de 8 países iguais em população que a Áustria, que tem cerca de 8,1 milhões de habitantes.

O fato de existirem 30 SAMU em São Paulo não significa que essa política seja eficiente, do ponto de vista da efetividade traçada por Abbagnano, para quem efetividade é a capacidade de cumprir o objetivo real. A quantidade de SAMU em relação à população do Estado mais populoso do Brasil é insuficiente. Desse modo, o PSF tem de ser um grande aliado do SAMU, pois, pelo veio da educação para a saúde e para os aspectos do saneamento e meio ambiente, é possível mitigar causas que impactem o orçamento público, evitando mortes precoces e outros agravos à saúde.

Tabela 05: Serviços de Atendimento Móvel de Urgência inaugurados na REGIÃO NORDESTE, por Unidade da Federação, no período de 2004 a 2008.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
UF	2004	2005	2006	2007	2008	QTD	%	POPULAÇ. ESTIM 2007*	MUNICI PIOS*	POPULAÇ. COBERTA ***	% DA COBERTURA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO ESTIMADA
BA	6	3	1	1	3	14	10,55	14.080.654	417	5.024.303	35,68
PE	1	1	-	1	-	3	2,25	8.485.386	185	2.053.376	24,20
CE	1	1	-	-	1	3	2,25	8.185.286	184	2.547.629	31,12
MA	-	3	5	1	1	10	7,60	6.118.995	217	1.815.484	29,67
PB	-	1	2	-	-	3	2,25	3.641.395	223	1.551.290	42,60
RN	-	1	1	-	-	2	1,50	3.013.740	167	1.406.704	46,68
PI	-	1	2	-	1	4	3,00	3.032.421	223	1.276.964	42,11
AL	1	-	1	-	-	2	1,50	3.037.103	102	1.103.192	36,32
SE	-	-	1	-	-	1	0,75	1.939.426	75	632.445	32,61
TOTAL	9	11	13	3	6	42	31,65	49.594.980	1.793	17.411.387	35,11
% MÉDIO DA COBERTURA = Lx+L...z : PELA QUANTIDADE TOTAL DE UF, sem inclusão das UF não informadas											35,67

Fonte: dados do portal do Ministério da Saúde.

\* IBGE Estados. Total de Municípios da UF.

\*\* portal do Ministério da Saúde, 2008.

\*\*\* não informado no portal do Ministério da Saúde.

A Região Nordeste é a que abrange maior número de Estados brasileiros: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe, com uma população de quase 50 milhões de habitantes e uma cobertura populacional de cerca de 36%.

O Estado que conta com maior número de SAMU implantados é a Bahia (14) e em segundo lugar, o Maranhão, apesar de não ser o 2º mais populoso.

Tabela 06: Serviços de Atendimento Móvel de Urgência inaugurados na REGIÃO SUL, por Unidade da Federação, no período de 2004 a 2008.

A UF	B 2004	C 2005	D 2006	E 2007	F 2008	G QTD	H %	I POPULAÇ. ESTIM 2007*	J MUNICI PIOS DA UF*	K POPULAÇ. COBERTA ***	L % DA COBERTURA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO ESTIMADA
RS	1	3	-	1	-	5	3,75	10.582.840	496	4.978.118	47,04
PR	2	2	2	1	-	7	5,25	10.284.583	399	6.812.485	66,24
SC	-	3	4	-	1	8	6,00	5.866.252	293	4.937.330	84,16
TOTAL	3	8	6	2	1	20	15	26.733.675	1.188	16.727.933	62,57
% MÉDIO DA COBERTURA = Lx+L...z : PELA QUANTIDADE TOTAL DE UF, sem inclusão das UF não informadas											65,81

Fonte: dados do portal do Ministério da Saúde.

\* IBGE Estados. Total de Municípios da UF.

\*\* portal do Ministério da Saúde, 2008.

A Região Sul muito embora seja bem industrializada, perde em população para a Região Nordeste, por exemplo. Os Estados do Paraná e do Rio Grande do Sul têm populações semelhantes, girando em torno de 10 milhões de habitantes, diferindo em quantidade de SAMU, pois o Rio Grande do Sul tem 5 e o Paraná tem 7. Santa Catarina, embora tenha cerca de metade da população do Rio Grande do Sul e do Paraná, possui 8 SAMU, o que revela um nível maior de organização entre os Municípios, os quais se não têm população suficiente para alcançar a política pública do SAMU, reúnem-se de modo a possibilitar o alcance dos recursos desse componente da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Tabela 07: Serviços de Atendimento Móvel de Urgência inaugurados no BRASIL, no período de 2004 a 2008.

UF	N	C	S	NE	SE	QT	%	POPULAÇ. ESTIM BRASIL 2007*	MUNICI PIOS DO BRASIL*	POPULAÇ. COBERTA ***	% MÉDIO DA COBERTURA EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO ESTIMADA
TOT BR	11	14	20	42	46	133	100%	182.050.945	5.564	84.323.692	50,51

Fonte: dados do portal do Ministério da Saúde.

Em que pese a Política Nacional de Atenção às Urgências tenha sido instituída no Brasil, em setembro de 2003, nos anos 90 a cooperação francesa iniciou-se no Município de São Paulo objetivando estruturar o SAMU daquela capital

no mesmo molde do SAMU de Paris, estreando no Brasil alguns SAMU-pilotos, a exemplo de Porto Alegre (1995).

Nesse mesmo ano foi criada a Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), que assumiu, nesse momento a condução da cooperação Brasil-França, providenciando o pareamento dos SAMU brasileiros aos SAMU franceses.

Em 1996 foi inaugurado o SAMU do Vale do Ribeira (SP), pioneiro em atenção às urgências em estradas e em 1997, o SAMU de Campinas (SP), sob o apoio da Cooperação Francesa.

Nota-se que os primeiros projetos aprovados de implantação de SAMU datam do ano de 2004, apesar de a política ter sido implantada em setembro de 2003, sendo que no ano de 2005 houve maior número de projetos aprovados, totalizando até então 133 SAMU no Brasil para atender potencialmente uma população<sup>22</sup> de cerca de 190.000.000 de habitantes, o que numa simples divisão se chega a um resultado infinitamente insuficiente para um atendimento eficiente.

O Estado de São Paulo é o que mais tem, não significando dizer, entretanto, que a quantidade seja suficiente para o atendimento da demanda.

De certa forma, surpreende que o Rio de Janeiro tenha somente um SAMU, mas, em alguns locais, as equipes de resgate dos Corpos de Bombeiros gerenciam o SAMU e utilizam profissionais militares nas tarefas de salvamento próprias do SAMU. O Rio de Janeiro é um exemplo.

Nas 5 tabelas abaixo (quadros 2, 3, 4, 5 e 6) estão demonstrados os SAMU implantados nas Regiões políticas brasileiras: Norte, Centroeste, Sudeste, Nordeste e Sul, a partir de 2004.

O percentual de população coberta pelo SAMU foi calculado em relação ao total da população do respectivo Estado da Região analisada, já o percentual médio foi obtido pela soma dos percentuais das UF dividida pelo total de UF da Região considerada.

O Brasil é formado de 5.564 Municípios, distribuídos pelas 27 Unidades Federadas (UF).

Dos 133 SAMU inaugurados de 2004 a 2008, 46 estão na Região Sudeste, o que está dentro de uma lógica progressiva, já que é a Região mais populosa do

---

<sup>22</sup> IBGE (2007): a população brasileira em 2007 era de 182.050.945 habitantes.

Brasil, o que não significa dizer que não afete a isonomia, do que se percebe que o atendimento de políticas públicas segue a lógica do capital. Assim, os Estados mais produtivos têm mais recursos (já que o SAMU tem constituição tripartite, cujos recursos a União banca metade e os Estados e Municípios). Em consequência, tais Estados têm mais condições de estruturar e criar mais SAMU, espalhando a política pública para atender maior quantidade de pessoas.

Em segundo lugar está a Região Nordeste com 42 SAMU, seguida da Região Sul com 20; Região Centroeste com 14 e em último lugar, a Região Norte com 11.

O percentual médio de potencial atendimento populacional pela política pública de atenção às urgências do ponto de vista do componente pré-hospitalar móvel é de pouco mais de 50%, significando que em quatro anos de implantação, potencialmente, o SAMU está apto para atender, em média, metade da população brasileira.

Sob o aspecto da isonomia, implicaria dizer que a relação entre o Estado e a sociedade é conflituosa, pois afeta a outra metade da população brasileira, estabelecendo um divisor entre pessoas (iguais), tornando-as desiguais, em razão de que, ainda que tenham o direito fundamental social à saúde, metade da população brasileira não será assistida.

De um lado, deve-se considerar que aqueles Municípios próximos que conglomerem um total populacional capaz de receber recursos para implantar SAMU (100.000 habitantes, no mínimo), devem fazê-lo, sob pena de cerceamento de direito dos cidadãos. O Estado de São Paulo, por exemplo, reúne condições de ter mais SAMU, mas é fundamental, para isso, que as autoridades constituídas desejem que isso ocorra. De outra sorte, as populações ofendidas pela omissão podem exigir que sejam implantados os SAMU necessários para o atendimento populacional, inclusive porque implementar o direito fundamental social à saúde não é faculdade; é dever do Estado correspondente a um direito de todos, conforme apregoa a Constituição Federal de 1988.

Notam-se as diferenças entre a quantidade de SAMU nas Regiões brasileiras, verificando-se que a mais contemplada foi a Região Sudeste. Entretanto, levando-se em conta o Brasil é dividido em quase 6.000 Municípios, 133 SAMU não respondem eficientemente à demanda de urgências móveis.

Entretanto, quando foi lançada a Política Nacional de Atenção às Urgências o discurso era outro:

Dentre os componentes, optamos por iniciar pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU 192). Não serão “ambulâncias à deriva”, buscando onde “deixar pacientes, dores, sofrimentos”. O SAMU 192, com suas unidades de Suporte Avançado e de Suporte Básico de Vida, responderá às necessidades de nossa população, oferecendo a melhor resposta de pedido de auxílio, por meio de Centrais de Regulação Médica. O médico regulador poderá dar um conselho, uma orientação, ou deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e todos os equipamentos de uma UTI. A liberação de cada recurso será específica para a necessidade de cada paciente (BRASIL. POLÍTICA. 2003, p. 5).

Note-se que à primeira vista o SAMU, segundo a proposta contida na Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), sobretudo relativamente ao componente móvel, deveria atender potencialmente toda a população brasileira. Entretanto, essa realidade não ficou evidenciada neste estudo, considerando que somente 50,5% das pessoas podem potencialmente experimentar o serviço móvel de urgência no Brasil.

Disso se verifica que a PNAU não visa o atendimento de toda a população brasileira, na medida e que estabelece critérios mínimos para o alcance das verbas destinadas ao patrocínio dessa política pública. Ocorre que em confronto com a Teoria dos Direitos Fundamentais que embasa o Estado Democrático de Direito, não é isonômico preferir uns a outros brasileiros, pois esse tratamento afeta a dignidade da pessoa e as torna desiguais, impedindo-as de usufruir das mesmas oportunidades.

A frase final da citação acima é específica e diz com o atendimento individual e completo do cidadão. Esse é o ideário do Estado Democrático de Direito, pois que se funda no Estado Promocional. Mas, na prática, não ocorreu assim, embora a tenha dito que o SAMU responderia às necessidades da população.

Verifica-se, pelos contornos aqui delineados, que há flagrantes disparidade entre o que prega a política, a prática e o princípio da universalidade do SUS, o qual vem estabelecido na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, regulamentando o artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

O princípio da universalidade reconhece a saúde como direito fundamental social de todos, de que decorre que o Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde.

Outra inefetividade da política do SAMU é a ofensa ao princípio da equidade, pois tal princípio encaixa a atenção à saúde como direito a todas as pessoas (de modo igualitário) relativamente à oportunidade de usar o SUS sem disparidades

sociais e regionais, produzindo resultados efetivos e confirmando as palavras do então Ministro da Saúde Humberto Costa, quando da apresentação da terceira edição do Manual da Política Nacional de Atenção às Urgências, o qual afirmou que “a promoção da saúde, a solidariedade, a ação necessária e ágil, estruturam a nossa Política Nacional de Atenção às Urgências” (BRASIL. POLÍTICA, 2003, p. 5).



O mapa abaixo dá conta figurativamente do panorama dos SAMU implantados no Brasil até 2008.

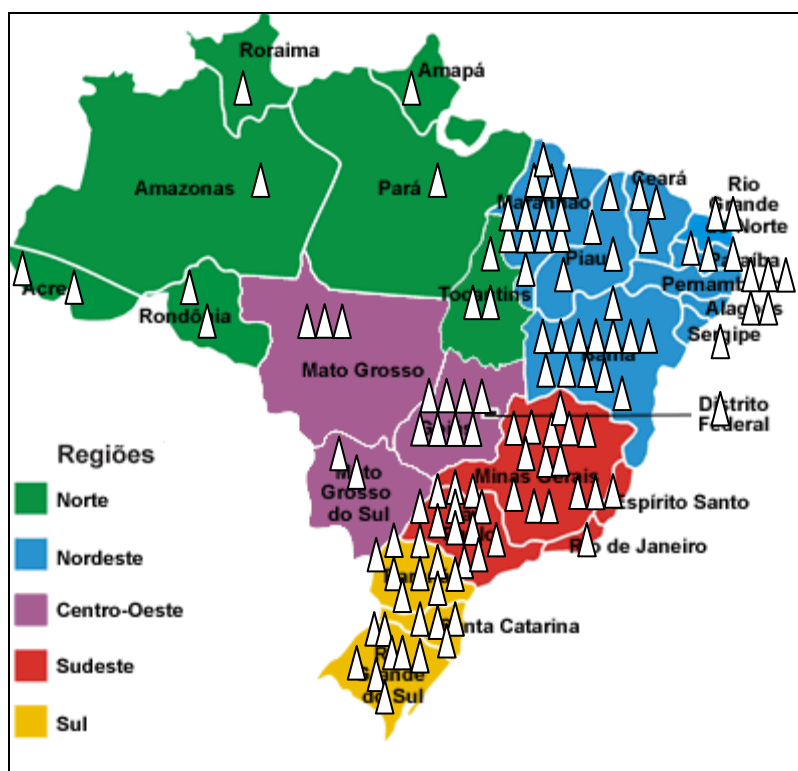


Figura 01: Panorama dos Serviços de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) implantados nas Regiões brasileiras.

Fonte: Acervo próprio, 2008.

## 7.1 O ATENDIMENTO MÓVEL ÀS URGÊNCIAS PRÉ-HOSPITALARES NO ESTADO DO AMAPÁ

Serão apresentadas algumas características do Estado do Amapá, bem como dos dois Municípios onde funciona o SAMU: Macapá e Santana.

O Estado do Amapá integra a Região Norte do Brasil, juntamente com o Acre, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Está localizado na parte setentrional do Brasil, fazendo fronteira com a Guiana Francesa e próximo da América Central, sendo a única capital brasileira cortada pela Linha do Equador.



Figura 02: Localização do Estado do Amapá no Brasil.

Fonte: <http://www.duplipensar.net/dossies/eleicoes-2006/eleicao-para-governador-do-amapa.html>.

O Estado do Amapá fez 20 anos em 5 de outubro de 2008, data da promulgação da Constituição Federal vigente. Pelo artigo 14 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) foram criados os Estados do Amapá e Roraima. Antes, o Amapá era Território Federal, autarquia pertencente à União, sem autonomia. O Território Federal do Amapá foi criado pelo Decreto-Lei n. 5.812, de 13 de setembro de 1943, desmembrando-lhe do Estado do Pará.

O primeiro governador nomeado em 27 de dezembro de 1943, pelo então Presidente da República Getúlio Vargas, foi o militar Janary Gentil Nunes, o qual seguindo o referido Decreto-Lei instalou a capital no Município de Amapá.

Após exposição de motivos ao Ministro da Justiça a sede da capital foi transferida para o Município de Macapá quatro meses mais tarde. Nessa época o então Território contava com pouco mais de 25.000 habitantes distribuídos em vilas e lugarejos e a economia girava em torno da extração da borracha, da castanha, pau-rosa, madeira, sementes oleaginosas, extração aurífera e criação de gado (MORAIS, 2004).

A capital do Estado do Amapá é sediada no Município de Macapá. O Estado está conformado numa área de 142.814,6 km<sup>2</sup>, com 16 Municípios e uma população de 587.311 habitantes, tendo um Produto Interno Bruto (PIB) da ordem de R\$ 4.366.535.000,00 (BRASIL. IBGE, 2008).

O setor mais representativo na composição do PIB estadual é o de comércio e serviços e a economia tem predominância nas atividades do setor terciário, com

forte concentração urbanas, principalmente na capital e no Município de Santana. Macapá

O Município de Macapá completou 250 anos em 4 de fevereiro de 2008. É a sede da capital do Estado. Está situado à margem esquerda do Rio Amazonas e teve ocupação territorial principalmente a partir do Tratado de Madrid, pelo qual surgiu a necessidade de demarcação e ocupação da Amazônia Espanhola, implementada pelo Marquês de Pombal, Primeiro Ministro do Rei D. José I, de Portugal.

Pombal nomeou seu parente Francisco Xavier de Mendonça Furtado como governador da Província do Maranhão e Grão-Pará, incumbido de proceder à demarcação das terras ao norte. A ocupação do território ao norte objetivava boicotar a Companhia de Jesus, de modo que os colonos fossem convencidos de que comprar escravos era mais lucrativo porque aqueles eram mais úteis que os índios e assim a Amazônia se abriu para um ciclo agrícola (FARAGE, 1991, p. 17).

Hodiernamente o Município de Macapá tem cerca de 50 bairros, muitos dos quais ocupados após o fenômeno da instalação da área de livre comércio de Macapá e Santana, no início dos anos 1990.

Macapá tem uma área de 6.407 km<sup>2</sup>. A população de Macapá foi estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2007, em 344.153 habitantes, acrescida em 17,87% em relação ao ano de 2000 (último censo registrado no portal do IBGE).

Em tese, pela sua população, segundo o artigo 3º da Portaria n. 1.863/2003, instituidora da Política Nacional de Atendimento às Urgências, não teria direito à Unidade de Suporte Avançado (USA), pois para cada 100.000 habitantes é concedida uma Unidade de Suporte Básico (USB) e a cada 400.000 habitantes, no mínimo.

O serviço público de atendimento às urgências, no Estado do Amapá, portanto, era feito pela Polícia Militar de forma precaríssima, considerando o total despreparo dos policiais para a realização exitosa do atendimento das urgências médicas pré-hospitalares no componente móvel conforme se vê a atuação do SAMU nos dias atuais.

O Município de Santana existe desde meados do século XVIII e faz parte da política de ocupação das terras luso-espanholas a cargo do Marquês de Pombal, pelo ano de 1753.

É o segundo Município mais populoso do Estado do Amapá, com 92.098 habitantes, distribuídos em uma área de 1578 km<sup>2</sup>, mas sozinho não teria direito a ter SAMU, uma vez que o parâmetro mínimo é de 100.000 habitantes para ter direito à verba federal do SAMU, daí a necessidade de se juntar com Macapá para integrar o pólo de atendimento às urgências móveis pré-hospitalares, o que é permitido pelo artigo 3º da Portaria GM n. 1.864/2003.

O crescimento da economia do Município se aqueceu, a partir da década de 1950, com a instalação da Indústria e Comércio de Minérios (ICOMI) empresa internacional que explorou manganês para comercializá-lo com o exterior. Esse aquecimento na economia local atraiu um contingente humano oriundo especialmente do Estado do Pará e das localidades mais próximas do Estado do Amapá. Essa movimentação migratória provocou desordenamento territorial, colaborando para a ocupação de áreas de ressacas.

Outro fenômeno que contribuiu para o aumento da população de Santana foi a criação da ALCMS, que criou esperança de emprego, habitação e melhor qualidade de vida aos imigrantes, o que não se tem se verificado, porque a ICOMI encerrou suas atividades e a ALCMS não gerou quantidade de empregos que o pseudo Eldorado inspirou. Essa situação tem se refletido no Município, seja pela ocupação desordenada da área territorial, seja pela falta de emprego, seja pelo aumento da violência urbana, o que requer atenção das políticas públicas para a racionalização desses conflitos.

### **7.1.1 Da Guarda Territorial ao Serviço de Rádio-Patrolha da Polícia Militar e o atendimento das urgências móveis pré-hospitalares**

O ex-Território Federal do Amapá foi criado pelo Decreto-Lei n. 5.812, de 13 de setembro de 1943, pelo, na época, Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil, Getúlio Dornelles Vargas. Pouco mais de 5 meses da criação do então Território Federal, no dia 17 de fevereiro de 1944, um decreto do Governo Federal, criou a Guarda Territorial (GT), que era uma organização de caráter civil.

A corporação que compunha a força policial acolheu pessoas de muitas atividades: alfaiates, barbeiros, marceneiros, coveiros, sapateiros e carpinteiros. Essas pessoas eram escolhidas sem concurso público, mas reconhecidos de algum modo, pelos seus misteres e primordialmente porque eram filhos da terra.

A Polícia Militar no Amapá originou-se da guarda territorial do extinto Território Federal do Amapá e foi criada no dia 26 de novembro de 1975, pela Lei n. 6.870, regulamentada pelo Decreto n. 79.108, de 11 de janeiro de 1977.

Nessa perspectiva, verifica-se que a corporação não tinha formação alguma voltada para a prática de salvamento ou atendimento de urgência pré-hospitalar.

Quando nem se ouvia falar em Política Nacional de Atendimento às Urgências, a remoção e o traslado de pacientes em situações de risco de morte ou de eminente ou atual perigo em razão de circunstância gravosa à saúde da pessoa, caracterizando uma urgência, no Estado do Amapá havia o costume de se acionar a Polícia Militar, por meio da linha telefônica 190, a qual era destinada à comunicação de fatos, em tese, criminosos.

Desse modo, a Polícia Militar atendia tanto às situações relativas a ocorrências de delitos criminais quanto às situações referentes a urgências em saúde. Nesse último caso, fazendo o traslado de pessoas em situação de risco de morte ou seqüela irreversível, salientando-se que a frota era constituída na maior parte de veículos modelo fusca.

A linha 190, da Polícia Militar, destinava-se ao serviço conhecido como rádio-patrolha, que funcionava com as viaturas locadas em unidades policiais e a partir de uma central tais viaturas eram acionadas para atendimento de ocorrências, sem muito critério quanto à priorização de atendimento. A prioridade era feita pela intuição e, às vezes, outra prioridade se sobrepunha àquela que, em tese, era a mais urgente.

Em razão desse costume de acionar a rádio-patrolha para qualquer caso, então se uma mulher estivesse prestes a dar à luz, acionava a linha 190 e se houvesse disponibilidade, a viatura se deslocava até o local do evento e procedia ao traslado da pessoa para o hospital de maternidade, por exemplo.

Os policiais militares não tinham capacidade técnica nem para administrar remédios nem para realizar consultas. Era uma atividade eminentemente filantrópica, mas não buscava garantir salvamento a nenhum atendido. Tratava-se de traslado puro e simples, sem nenhum cuidado tal como os socorristas costumam fazer em caso de remoção de vítimas de violência que tenha causado traumas.

Ao longo do tempo esse costume foi abrandando, principalmente porque a falta de recursos financeiros inviabilizava a manutenção das viaturas, chegando mesmo a faltar combustível para a tarefa-fim para a qual foi criada.

Em entrevista concedida a pessoa que desempenha atualmente a função de Coordenadora do Centro Integrado de Operações de Defesa Social (CIODES). Ela refere que ingressou na Polícia Militar do Estado do Amapá, em 1989, mas nessa época, as urgências já eram atendidas principalmente pelo Corpo de Bombeiros Militar (CBM).

Atualmente a linha 190 quando acionada é atendida no CIODES (e atende todas as ocorrências do Estado).

A Polícia Militar do Amapá, conforme dispõem os artigos 82 e 83 da Constituição Estadual, é uma instituição permanente e regular, cuja missão é a preservação da ordem pública e da paz social, pela execução do policiamento ostensivo fardado em todo o Estado. Note-se:

Art. 82. A Polícia Militar, órgão permanente e regular, força auxiliar e reserva do Exército, é dirigida por Comandante-Geral, nomeado pelo Governador do Estado, dentre oficiais da Corporação, do último posto.  
Art. 83. À Polícia Militar incumbe, além de outras atribuições que a lei estabelecer, o policiamento ostensivo fardado e preservação da ordem pública.

Art. 84. Lei complementar de organização básica da Polícia Militar, estatuto, leis ordinárias e demais normas disciplinarão a organização, funcionamento, direitos, deveres e vantagens da corporação e de seus integrantes, respeitadas as leis federais concernentes.

Art. 85. O Comando-Geral da Polícia Militar deverá, no início de cada semestre, programar cursos, palestras e similares sobre direitos humanos e relações públicas, para toda a corporação militar (AMAPÁ. CONSTITUIÇÃO, 1991).

Verifica-se, portanto, que a missão da Polícia Militar não se coaduna com as atribuições de atendimento a urgência pré-hospitalar.

### **7.1.2 Os atendimentos de urgências pré-hospitalares pelo serviço da linha 1520**

Rosilene Pinheiro, Secretária do Conselho Municipal de Saúde de Macapá, à época em que funcionava a linha 1520, em entrevista concedida, relata que a linha 1520 nasceu na gestão do Prefeito João Bosco Papaléo Paes, cujo mandato foi de 1993 a 1996, sendo que o projeto foi implantado em 1995.

O projeto tinha caráter puramente assistencial, sem que pretendesse ter qualquer feição de atendimento móvel às urgências, uma vez que a gênese do projeto visava a uma atenção eminentemente socorrista à população carente do Município de Macapá.

O projeto chegou a ser otimizado em razão de tanto o então Prefeito (que é médico), quanto o médico Luiz Alberto, servidor municipal imbuído com a eficiência assistencial, seguindo parecer do Conselho Municipal, equiparam as ambulâncias com maca, oxigênio e alguns outros requisitos de socorro.

O pessoal que compunha o quadro do serviço atendido pela linha 1520 era basicamente de enfermeiros e auxiliares de enfermagem, ficando um médico na coordenação.

Os auxiliares de enfermagem recebiam treinamento ministrado pelos enfermeiros, mas era um atendimento limitado à prestação de socorro, pois não tinham preparo técnico suficiente em nível pré-hospitalar para enfrentar acidentes de trânsito, por exemplo, considerando que essa é uma atividade eminentemente técnica e que requer equipamentos próprios para retirada de pessoas de ferragens, objetivando evitar a morte ou seqüelas irreversíveis de pessoas acidentadas.

A prestação de serviços era feita por dezesseis servidores, para uma frota de quatro ambulâncias, porque apesar de serem seis ambulâncias, uma foi remetida para o Distrito da Fazendinha e outra, à comunidade de São Joaquim do Pacuí.

Assim, a função social do serviço prestado pelo Município de Macapá, atendido pela linha 1520 era o traslado de pessoas que estivessem passando mal, do local onde se encontravam até o Pronto Socorro ou até o Hospital.

Essa função social do atendimento pela linha 1520 ficou tão arraigada no seio da comunidade carente do Município de Macapá, que se popularizou com o nome de “táxi de emergência” e para outros, “táxi de pobre”.

O projeto foi se enfraquecendo porque era dispendioso, pois uma das alegações da Administração Municipal era o fato de que a população não se contentava de ser somente apanhada e socorrida. Os atendidos queriam sempre que as viaturas fossem levá-los de onde tinham sido apanhados ou até a outro lugar após o atendimento e isso foi impactando o orçamento.

Quando o Comandante Anníbal Barcellos, sucedeu João Bosco Papaléo Paes, assumindo o mandato no período de 1997 a 2000, racionalizou as operações do projeto 1520: reduziu à metade o quadro de pessoal desse serviço, transferiu a sede para uma sala que media 4x4m e mandou cancelar a linha 1520, ficando as ligações telefônicas dirigidas às linhas normais da Secretaria Municipal de Saúde.

Foram nessas condições que o Prefeito João Henrique Rodrigues Pimentel, com mandato de 2001 a 2008, sucessor do Comandante Anníbal Barcellos, recebeu o serviço da ex-linha 1520, que ainda funcionava precariamente.

Em 2003 foi lançada no Brasil a Política nacional de Atenção às Urgências, dentro da qual está inserida o SAMU 192. Com essa perspectiva, na Administração do Prefeito João Henrique, ainda remanesciam duas ambulâncias, modelo fiorino, e quatro servidores plantonistas, sendo encerrado definitivamente o projeto 1520, no Município de Macapá, em 2005.

### **7.1.3 Os atendimentos de urgências pré-hospitalares pelo Corpo de Bombeiros Militar**

O Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Amapá (CBM/AP), foi criado em 09 de julho de 1992, desvinculando-se da Polícia Militar, pela Lei n. 025, publicada no Diário Oficial n. 380/92, tornando-se uma instituição com autonomia funcional e administrativa subordinada ao Governo do Estado. Foi o 1º Comandante o Tenente-Coronel PM Alberto Magno Dantas.

De acordo com artigo 86 da Constituição de Estado, compete ao CBM/AP: serviço de prevenção e extinção de incêndio, busca e salvamento; socorro de emergência; perícia em local de incêndio; prevenção em balneários; prevenção de acidentes e incêndios na orla marítima e fluvial; atividades de defesa civil, inclusive o planejamento. Note-se:

Art. 86. O Corpo de Bombeiros Militar é instituição permanente, força auxiliar e reserva do Exército, organizado com base na hierarquia e disciplina militares, subordinando-se ao Governador do Estado e competindo-lhe, dentre outras atribuições previstas em lei, executar:

- I - serviço de prevenção e extinção de incêndio, de proteção, busca e salvamento;
- II - socorro de emergência;
- III - perícia em local de incêndio;
- IV - proteção balneária por guarda-vidas;
- V - prevenção de acidentes e incêndios na orla marítima e fluvial;
- VI - proteção e prevenção contra incêndio florestal;
- VII - atividades de defesa civil, inclusive planejamento e coordenação das mesmas;
- VIII - estudar, analisar, planejar, exigir e fiscalizar todo o serviço de segurança contra incêndio do Estado;
- IX - embargar, interditar obras, serviços, habitações e locais de diversões públicas que não ofereçam condições de segurança para funcionamento.

Parágrafo único. O Corpo de Bombeiros Militar, sob a sua orientação pedagógica e operacional, promoverá a formação de grupos de voluntários



de combate a incêndios, organizando-os em repartições públicas, empresas privadas, edifícios e em locais dos diversos bairros das cidades (AMAPÁ. CONSTITUIÇÃO, 1991).

Ademar Rodrigues dos Anjos, Coronel do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Amapá e Chefe do serviço de formação do pessoal da área de socorro pré-hospitalar, em entrevista concedida, relata que antes da implantação do SAMU no Estado do Amapá, o atendimento às urgências pré-hospitalares era feito pelo Município, por meio da linha telefônica n. 1520. E antes disso, os atendimentos móveis pré-hospitalares eram precariamente realizados pela Polícia Militar, por meio do acionamento da linha 190.

Ocorre que o pessoal que fazia o atendimento no Município, pela linha 1520, não tinha formação específica na área de atendimento às urgências (fato confirmado por Rosilene Pinheiro, principalmente no que se referia à remoção de pessoas acidentadas por qualquer meio, fosse trânsito, queimadura, queda com fratura ou outro tipo. Simplesmente, os atendentes punham a pessoa dentro da ambulância e removiam para o Pronto Socorro (hoje Hospital de Emergências) ou para o Hospital Geral (hoje Hospital de Especialidades).

O atendimento municipal realizado pela linha 1520 era precário, pois sendo puramente assistencial, não guardava preocupação com um efetivo atendimento móvel de urgência, prejudicando, em alguns casos, a saúde de um atendido, sendo possível chegar à morte, em razão de uma remoção ou traslado mal feito, feito com desconhecimento dos cuidados que essa tarefa requer.

Conhecendo a missão dos bombeiros e trazendo essa preocupação, Ademar Rodrigues dos Anjos, em 1º de dezembro de 1994, ingressou na corporação, sendo o entrevistado oriundo do Estado de Goiás e conhecedor da área, contatou o Corpo de Bombeiros Militar de Brasília, no Distrito Federal (CBM-DF), buscando informações necessárias para montar o serviço de socorro de emergência, atividade-fim e atribuição legal da força. E com isso foi informado de que o CBM-DF tinha um projeto no Ministério da Saúde, dispondo de recursos para treinar pessoal nessa área e sugeriu que o entrevistado procedesse da mesma forma. E assim o foi.

Nessa época era comandante do CBM-AP o Coronel Tomé Antunes da Silva, o qual não se sensibilizara com o projeto do entrevistado, mas no último dia em que encerrava o prazo para remessa do projeto, o referido comandante autorizou o destacamento do entrevistado para a capital da República.

Antes disso, o atendimento feito pelos bombeiros na área de atendimento móvel pré-hospitalar, não era tão eficiente quanto a partir da formação dos primeiros “40 dinossauros do atendimento de urgência”, denominação até hoje preservada na corporação, que corresponde aos primeiros 40 bombeiros que receberam formação específica na área, a partir de 1995, quando fizeram o Curso de Socorro de Emergência e Urgência (CSEU).

Em 1996 o entrevistado passou seis meses em Brasília, DF, realizando o Curso Técnico em Emergência (CTE), na Universidade de Brasília, com carga de 1.500 horas-aula.

O atendimento móvel das urgências era feito em Macapá com quatro ambulâncias de suporte básico, pois uma ambulância foi remetida para o Município de Santana e uma para o Município de Laranjal do Jari.

Hoje, o CBM-AP atua em Macapá com seis ambulâncias de suporte básico e todos os socorristas são técnicos em enfermagem, muito embora o CBM tenha médicos e enfermeiros de nível superior, sendo que atualmente existem trinta técnicos em enfermagem (nível médio) e vinte servidores fazendo o curso técnico em enfermagem, pois o Estado do Amapá destina recursos ao CBM-AP para essa finalidade.

O entrevistado revelou que não são acionados pelo SAMU, mas como têm missão constitucional de realizar atendimento de urgência, fazem-no independentemente, como política pública estadual de atendimento às urgências pré-hospitalares, sendo que o CBM/AP está de plantão 24 horas, atende pela linha 193, mas só recebe recursos em razão de produtividade.

O entrevistado também afirmou que, em alguns casos, o SAMU atrapalha a tarefa deles, pois a missão dos bombeiros, em casos de acidentes, o aquele não tem pessoal preparado adequadamente para realizar a remoção de vítimas presas em ferragens e, por isso, eventualmente o SAMU atrapalha o serviço dos bombeiros.

Essa situação vem na contramão dos objetivos da política pública de atendimento móvel de urgências, até porque uma remoção mal feita pode resultar em novo e evitável trauma, conforme advertido por Fraga (2005).

Complementou o entrevistado que sabe que em alguns Estados brasileiros o SAMU é dirigido pelos Bombeiros, como é o caso do Grupo de Salvamento e Emergência (GSE), no Estado do Rio de Janeiro. E, arrematou, afirmando que o

CBM-AP tem tranquilidade e eficiência suficiente para gerenciar o SAMU no Estado do Amapá.

#### **7.1.4 Os atendimentos de urgências pré-hospitalares pelo SAMU no Estado do Amapá**

A implantação do SAMU 192 no Estado do Amapá ocorreu somente a partir do Convênio de Cooperação Técnica n. 008/2006 GEA/PMM, de 30 de junho de 2006, celebrado entre o Estado do Amapá e o Município de Macapá, por meio das respectivas Secretarias de Saúde.

A cooperação técnica visava ao funcionamento do SAMU e o respectivo Convênio foi celebrado em decorrência de termo de compromisso assinado perante o Ministério da Saúde, cuja finalidade era operacionalizar esse componente da Política Pública Nacional de Atenção às Urgências, fazendo com que o SAMU passasse a funcionar.

O convênio mencionado foi assinado pelo atual governador do Estado do Amapá, Sr. Antônio Waldez Góes da Silva, pelo prefeito do Município de Macapá, Sr. João Henrique Rodrigues Pimentel, pelo então secretário de Estado da Saúde, Sr. Abelardo da Silva Vaz, e pelo secretário municipal de Saúde, Sr. Gilson Ubiratan Rocha.

Os custos operacionais do SAMU são constituídos de 50% de recursos da União, do Estado do Amapá, do Município de Macapá, só que também atende o Município de Santana.

No dia 05 de setembro de 2006, pelo Decreto n. 2.592, o Governador do Estado do Amapá, Antônio Waldez Góes da Silva, instituiu o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

Em face do que dispõe a Portaria GM n. 1.864, de 29 de setembro de 2003, ao Município de Macapá foram destinados quatro veículos de suporte básico (USB) e uma para o Município de Santana. Com os recursos estaduais e municipais foram adquiridos mais 3 veículos de suporte básico e uma de suporte avançado, e uma ambulância de suporte avançado.

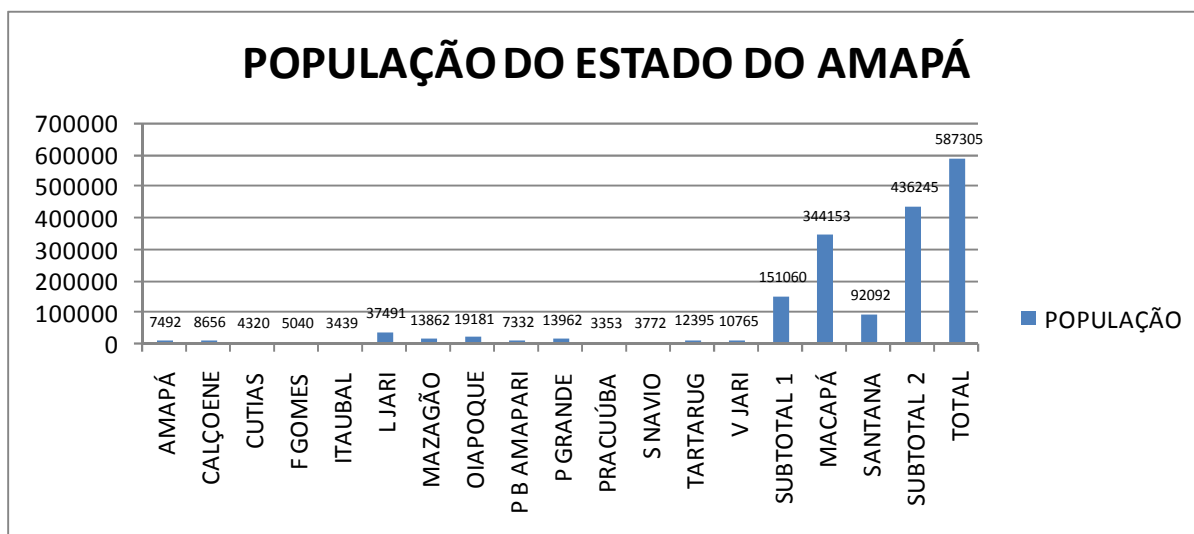


Figura 03: População do Estado do Amapá segundo contagem de 2007.

Fonte: IBGE Cidades, 2008, adaptado.

Excluindo Macapá e Santana, que juntos têm população de menos de 450.000 habitantes, somando o restante da população dos 14 Municípios pela Portaria GM n. 1.864/2003 poderiam ter 1 SAMU com direito a 1 USB. Ocorre que tem de haver uma razoabilidade para o atendimento de distâncias, pois essa política pública é para atender urgências. Assim, ainda que os outros 14 Municípios se unissem em busca de implantar 1 SAMU não seria possível receber verba federal, pois a população é insuficiente.

No dia 11 de setembro de 2006 foi inaugurado o SAMU Metropolitano do Amapá, para atendimento dos Municípios de Macapá e Santana, funcionando desde a inauguração com a frota mencionada menos a ambulância.

Assim, 2 USA são destinadas ao atendimento à população de toda região metropolitana; 2 USB para atendimento da população da zona sul de Macapá; 2 USB na zona norte de Macapá. A outra USB foi para o Município de Santana (AMAPÁ. RELATÓRIO SAMU, 2007).

Em 15 de dezembro de 2006, foi inaugurado o SAMU 192 fluvial sendo incluída 1 embarcação (ambulância) equipada como UTI móvel (USA) para atendimento da Região das Ilhas e população ribeirinha do Estado do Amapá.

As 2 USA completas (equipe, equipamento e material) são de responsabilidade do Governo do Estado); 1 USB na zona sul e 01 USB na zona

norte são de responsabilidade do Município de Macapá; a USB de Santana é de responsabilidade daquele Município.

As bases do SAMU em Macapá são 3: a) A central de regulação, situada na Rua Coronel Jovino Dinoá, 158, bairro Beírol, onde são disponibilizadas 2 USA; a base norte Macapá, localizada na Rua Vereador Júlio Maria Pinto Pereira, 130, Jardim Felicidade II, próximo do Posto Municipal de Saúde Marcelo Cândia, para a qual estão disponibilizadas 2 USB; e c) base sul Macapá, localizada na Rua Mamédio Amaral, s/n., Jardim Equatorial, para a qual estão disponibilizadas 2 USB.

Há também a base Santana, situada na Rua Cláudio Lúcio Monteiro, s/n, B. Vila Daniel, Santana.

A estrutura de recursos humanos do SAMU em 2007 é a que consta nas tabelas 08 e 09 seguintes.

**Tabela 08: Estrutura de recursos humanos do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Estado do Amapá.**

CARGOS	CARGA HORÁRIA	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS
Condutor de Veículos de Urgência (USA)	40 h	16
Coordenador do Serviço	40 h	01
Coordenador Técnico Enfermeiro	40 h	01
Coordenador Técnico Médico	40 h	01
Enfermeiro Assistencial	30 h	17
Médico Regulador / Intervencionista	40 h	09
Telefonista Auxiliar de Regulação	40 h	18
<b>TOTAL</b>		<b>63</b>

Fonte: Relatório SAMU, 2007.

É necessário, embora não tenha sido possível saber, se a quantidade de horas dos contratos desses profissionais não afronta a legislação trabalhista, no que diz respeito à carga horária cumulada com outros contratos. Essa situação é especialmente notada, sobretudo em relação aos profissionais da saúde, os quais segundo disposição constitucional podem acumular dois cargos, sendo que muitas vezes esquecem de que a Constituição Federal também exige que a cumulação acompanhe a compatibilidade de horários.

Essa preocupação procede, em razão do princípio de que um corpo não pode ocupar dois lugares ao mesmo tempo. E diante da possibilidade de dois contratos, exemplificativamente, alguém estará sendo lesado na prestação de serviço, pois não

será possível coexistirem dois contratos de 40 horas cada, afinal o trabalhador precisa ter um intervalo de pelo menos 11 horas entre uma jornada e outra. Note-se:

Em princípio, a lei determina que entre duas jornadas de trabalho haverá um período mínimo de 11 horas consecutivas para descanso (CLT, art. 66), não se confundindo com o repouso semanal de 24 horas (CLT, ART. 67). Entre o final de uma jornada de trabalho e o início da outra, após o repouso semanal, o intervalo será de 35 horas (11h+24h) (ZANGRANDO, 2000, p. 250).

Outra prática extremamente perversa é a do contrato administrativo, a qual só é tolerada em face da impossibilidade da espera pelo concurso público. Entretanto, verifica-se da leitura do quadro abaixo que dos 68 profissionais que compõem o corpo do SAMU, 47 são oriundos do contrato administrativo, o que representa de um lado uma forma eleitoreira de contratar, outra de fragilizar a política pública, pois profissionais não concursados, notadamente são perdulários e subservientes, principalmente em razão da natureza do cargo (o qual é de livre nomeação e exoneração), razão por que os contratados não têm independência funcional, sentindo-se invariavelmente na instabilidade do cargo, ao sabor da discricionariedade do contratante.

Essa prática sem dúvida alguma prejudica a eficiência da política pública de atendimento às urgências, quando deveria ser realizado concurso público para preenchimento dos cargos vagos.

Tabela 09: Demonstrativo de recursos humanos do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Estado do Amapá, referente ao ano de 2007.

VÍNCULO	2007
ESTADO	18
EX-IPESAP	-
FEDERAL [Ex-TFA]	3
FEDERAL [FUNASA]	-
CONTRATO ADMINISTRATIVO	47
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>

Fonte: Relatório SAMU, 2007.

Considerando que a Política Nacional de Atenção às Urgências tem feição tripartite, composta de verba federal, estadual e municipal, seria esperado que a composição do quadro de pessoal contemplasse servidores federais, estaduais e municipais.

Nada obsta que o SAMU promova concurso público para provimento de vagas, conforme preceitua o artigo 37, inciso II, da Constituição Federal de 1988. Entretanto, no Estado do Amapá não foi expedido edital nesse sentido, ainda que a relação seja de emprego, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho

#### 7.1.4.1 Os atendimentos realizados pelo SAMU

No ano de 2007, o SAMU atendeu 20.851 (vinte mil, oitocentos e cinquenta e um) pacientes, incluindo nesse total tanto a regulação médica/orientação, como também, as saídas de USA, USB, e ambulância, em toda a região metropolitana do Município de Macapá e Região das Ilhas, como também do Município de Santana (AMAPÁ. RELATÓRIO SAMU, 2007).

Os atendimentos são feitos consoante normas e protocolos de Regulação Médica estabelecidos previamente, de orientação do Ministério da Saúde para os quais é levada em consideração a gravidade do paciente como critério de triagem médica.

Tabela 10: Ocorrências atendidas pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências nos anos de 2006 e 2007.

OCORRÊNCIA	2006	2007	EVOLUÇÃO %
Regulação	2.892	8.751	302,59
Saída de USA	654	602	92,05
Saída de USB	2.913	11.461	393,44
Saída da ambulância	4	47	1175,00
Trotes	18.966	26.809	141,35
Enganos	1.382	4.956	358,61
Total de chamadas sem trotes	6.455	20.851	323,02
Total geral de chamadas	26.803	52.626	196,34

Fonte: Relatório SAMU, 2007.

Essa evolução é desproporcional, porque não retrata um período integral de 12 meses do ano de 2006, considerando que o SAMU só deu início às atividades efetivas em setembro de 2006, sendo que o SAMU fluvial só iniciou em dezembro desse ano. Assim, o ano de 2006, teve praticamente, 4 meses de funcionamento. Já em 2007, os atendimentos estão englobando o ano todo.

Verificou-se que a consciência da população está prejudicada no que se refere à utilidade pública do SAMU na sociedade, proporção manifestada entre o total de atendimentos (cerca de 21.000) e o total de chamadas (52.626), das quais 26.809 foram trotes.

O SAMU tem no seu bojo uma faceta educacional. É fundamental que parte dos recursos que bancam essa política seja destinada a campanhas antitrotes, pois na situação hodierna, a cada vez que o SAMU é acionado, há uma probabilidade de mais de 50% de ser trote, o que revela a falta de educação para a utilização correta dos serviços públicos.

É importante que o SAMU como política pública, transite pelas escolas, pelos bairros e desenvolva com o PSF, por meio dos profissionais desse Programa, a formação da consciência cidadã de não lançar trotes nas linhas do SAMU.

O *caput* do artigo 3º da Portaria GM n. 1.863/2003, que estabelece a Política Nacional de Atenção às Urgências, institui a educação como componente fundamental na adoção de estratégias que valorizem o meio ambiente, no que se refere à qualidade de vida.

Nessa perspectiva, o item 1 do referido artigo é convergente com a possibilidade de criação e adoção de medidas que reduzam a quantidade de trotes ao SAMU. Notadamente, a educação, seja na escola formal seja pelas campanhas



educativas, é um direito fundamental da pessoa e dever do Estado, conforme preceitua a Constituição Federal de 1988 nos artigos 6º, *caput* e 196. Entretanto, a perspectiva educativa voltada para o meio ambiente e na tentativa de se buscar a melhoria contínua do SAMU como política pública, encontra respaldo na próprio texto da Portaria que criou essa política, conforme pode ser verificado abaixo:

Artigo 3º [...];

1. Adoção de estratégica as promocionais de qualidade de vida, buscando identificar os determinantes e condicionantes das urgências e por meio das ações transeitoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade (BRASIL. PORTARIA GM N. 1.863, 2003).

Na mesma esteira, a Portaria GM n. 1.864/2003, que criou o SAMU, estabelece na alínea “o”, do artigo 6º que é competência da Comissão Intergestora Bipartite (Estado e Municípios), implantar ações buscando a humanização do atendimento nas urgências.

As políticas públicas, em geral, na condição de ações estatais que se prestam a reduzir desigualdades sociais, em particular, aquelas voltadas para constitucionalizar o direito à saúde, têm como meta fomentar a consolidação de estratégias na direção do fortalecimento da saúde como direito fundamental, conforme admite o artigo 2º, item 3, da Portaria GM n. 1.603/2003:

Art. 2º. [...];

3. Desenvolver estratégias promocionais de qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger a vida, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, protegendo e desenvolvendo a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividade (BRASIL. PORTARIA, 2003, p. 17).

Da realidade apurada no SAMU do Estado do Amapá, a política de atendimento móvel mostra um quadro falencial, o qual não desenvolve estratégias promocionais, permanecendo nos contornos do possível. Não se sabe se a verba tripartite que compõe a política é insuficiente ou se é má utilizada e a operacionalidade acaba na falência do sistema e a desesperança do cidadão que contribui recolhendo tributos para os cofres públicos.

A seguir encontram-se as informações relativas aos atendimentos por patologias e demais informações de interesse deste estudo.

A seguir, estão consolidados os atendimentos totais por mês realizados em 2007 pelo SAMU no Estado do Amapá.

Tabela 11: Atendimentos consolidados realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, em 2007.

JAN	1909
FEV	2096
MAR	1756
ABR	1441
MAI	1860
JUN	1291
JUL	1070
AGO	1972
SET	1930
OUT	1908
NOV	1888
DEZ	1700
TOTAL	20821
MÉDIA MÊS	1735
MÉDIA DIA	58
MÉDIA HORA	3

Fonte: Base de dados  
SAMU AP, 2007.

No ano de 2007, o SAMU atendeu em média 1735 pessoas por mês, 58 por dia e 3 pessoas por hora.

A seguir, veja-se o *ranking* dos atendimentos realizados pelo SAMU no Estado do Amapá, no ano de 2007.

Tabela 12: *Ranking* dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, por patologia e por mês, no ano de 2007.

	PATOLOGIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
1º	INESP	677	688	896	483	681	435	370	677	613	552	547	503	7122
2º	OBSTETRÍCIO/GINEC.	258	309	234	210	199	198	137	226	360	403	300	235	3069
3º	GASTRO/PROCTO	233	268	107	175	240	61	88	239	187	167	219	172	2156
4º	CARDIOVASCULAR	80	134	58	87	75	75	71	147	140	133	147	115	1262
5º	RESPIRAT./OTORRINO	57	117	66	90	135	110	57	142	89	80	145	117	1205
6º	QUEDA	101	96	96	107	113	88	70	60	60	116	134	108	1149
7º	NEUROLÓGICO	54	66	46	54	72	68	48	112	55	69	10	75	729
8º	ACID. TRÂNS.ATROPELAM.e COLISÃO	42	66	55	0	52	60	33	110	100	52	23	96	689
9º	PSQUIÁTR	48	53	34	49	55	37	55	59	59	45	65	57	616
10º	ACIDENTE C/FACA	39	35	33	36	51	53	25	16	47	68	32	65	500
11º	NEFROLÓGICO	12	63	7	21	11	18	3	5	34	36	116	15	341
12º	OUTRAS URGÊNCIAS	184	78	0	0	25	0	5	0	2	15	13	15	337
13º	FURADA DE PREGO, DE VIDRO, RAO DE BICICLETA	22	26	24	34	18	23	15	0	30	42	26	21	281
14º	AGRESS FIS	23	22	18	0	17	17	27	0	34	35	35	28	256
15º	PICADA/MORDEDURA	18	17	9	25	16	9	10	11	20	18	19	12	184
16º	ALCOOLISMO	18	12	12	5	53	4	15	21	9	11	10	11	181
17º	INTOXIC./ ENVENENAMENTO	10	12	13	15	9	8	4	21	10	10	6	8	126
18º	CORPO ESTRANHO NA PESSOA	3	5	11	5	5	0	4	34	34	6	6	10	123
19º	ACIDENTE C/ BALA	7	6	9	1	8	7	11	7	17	19	11	15	118
20º	URG. CIRURGICA	8	11	9	14	6	3	2	6	9	4	2	6	80
21º	CÂNCER	7	2	8	1	1	3	1	25	4	4	4	6	66
22º	OFTALMOLÓGICO	1	3	0	20	2	4	6	8	4	4	3	1	56
23º	QUEIMADURA	2	1	6	5	10	5	2	1	2	2	4	2	42
24º	ACIDENTE C/ MÁQUINA	0	0	0	0	0	1	1	31	1	2	1	1	38
25º	ACIDENTE DO TRAB.	1	1	0	0	0	1	3	1	4	2	4	4	21
26º	SUICÍDIO	1	2	0	1	0	1	1	1	2	7	0	1	17
27º	ESCALPELAMENTO	0	0	0	1	6	0	0	7	0	0	0	1	15
28º	AGRESSÃO SEXUAL	0	1	1	0	0	2	0	1	0	5	5	0	15
29º	AIDS	1	1	4	0	0	0	3	2	3	0	0	0	14
30º	AFOGAMENTO	2	0	0	1	0	0	2	1	0	1	1	0	8
31º	CHOQUE ELÉTRICO	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	5
	TOTAIS	1909	2096	1756	1441	1860	1291	1070	1972	1930	1908	1888	1700	20821

Fonte: Base de dados SAMU AP, 2007.

O banco de dados do SAMU é disciplinado pela Portaria GM n. 1.864/2003, na letra “E”, item 2, que prioriza o fundamento da política de atendimento móvel das urgências pré-hospitalares em 7 núcleos de promoção da qualidade de vida e saúde, organizando as urgências em: 1) traumatismos não-intencionais, violências e suicídios; 2) urgências cardiovasculares; 3) urgências ginecológicas e obstetrícias; 4) urgências pediátricas; 5) urgências psiquiátricas; 6) urgências metabólicas; e 7) urgências respiratórias.

O SAMU AP, entretanto, separou as urgências em 31 tipos, certamente, para ser mais específico em relação às causas de atendimento, sem deixar de levar em consideração a classificação do MS, elencado acima.

O *ranking* das ocorrências atendidas pelo SAMU no ano de 2007, revelou que em 1º lugar ficaram as urgências inespecíficas. As do 2º lugar se enquadram nas obstétricas/ginecológicas. Nesse particular, o SAMU confirma a cultura popular de

que é “táxi para pobre”, pois segundo entrevista dada pelo atual Diretor do Hospital-Geral, Edinilson Ribeiro, a maior parte as urgências ginecológicas/obstétricas é de mulheres em trabalho de parto, as quais chamam o SAMU para que sejam levadas à maternidade para dar à luz.

Dentre as causas ginecológicas e obstétricas descritas na Portaria GM n. 2.048/2002, encontram-se as infecções, hemorragias, distúrbios tromboembólicos, trabalho de parto normal e casos de cesariana *pós-mortem*. Entretanto, a maior parte dos atendimentos dentre as causas ginecológicas/obstétricas são as que se referem a mulheres em trabalho de parto ou sintomas de abortamento ou gravidez de risco, o que faz com que o SAMU permaneça reconhecido como “táxi para os pobres”.

Saliente-se que tal chavão é excludente e não se pode olvidar: o SUS não pode discriminar. Assim, a pessoa pode ser de qualquer classe social, de qualquer raça, credo religioso, em face do caráter assistencialista do Estado Providência e do princípio da isonomia.

O 3º lugar foi ocupado pelas urgências gastro/proctologistas. Mais uma vez chama-se atenção para a necessidade de o Município dialogar com o Estado e vice-versa. Muitos atendimentos podem ser reduzidos se a atenção básica fosse priorizada e eficiente. As verminoses são relativamente fáceis de resolver; os casos de ameba são muitos e ocorre em todas as classes, o que equivale dizer que pobres e ricos têm ameba, o que vale dizer que a água para o consumo humano não recebe tratamento adequado e nem todo mundo pode consumir água mineral.

De outro modo, a vida moderna leva as pessoas a consumir alimentos refinados, industrializados e cheios de substâncias conservantes, corantes, realçadores de sabor, aromatizantes. Esse arsenal de recursos que a indústria utiliza para comercializar produtos para o consumo humano, interfere nos hábitos alimentares, desencadeando doenças que afetam os sistemas do corpo humano.

As urgências cardiovasculares ocuparam o 4º no *ranking* dos atendimentos realizados pelo SAMU no Amapá. Nesse particular o diálogo entre outras políticas públicas de saúde seria importante. O programa HIPERDIA do Governo Federal é um bom exemplo, pois focaliza recursos para o tratamento e prevenção da hipertensão arterial e do diabetes, razões de problemas cardiovasculares.

As causas cardiovasculares representam, em última análise, a transição do Estado-rural para o Estado-industrial, notadamente a partir da Revolução industrial,

quando contingentes humanos tiveram de preencher as frentes de trabalho, de um lado se deslocando do interior para a capital; de outro, a implementação do fluxo migratório europeu, notadamente da Itália e da Alemanha.

Esse processo de modernização do processo produtivo impôs novos hábitos nas famílias, pois a própria indústria alimentícia se encarregou de imprimir o *marketing* necessário para atrair as pessoas a contrair novos arranjos, modificando hábitos alimentares tradicionais e naturais e incorporando alimentos processados e modificados com substâncias nem sempre saudáveis, contribuindo para o aparecimento de doenças tais como as doenças do coração, hipertensão arterial, diabetes e outras doenças.

A vida urbana, como é sabido, impõe à pessoa ritmo que altera a tradição de dormir, alimentar-se, descansar, dentre outras benesses ao organismo. Aliado a isso, o modo moderno de se alimentar, notadamente urbano, compõe-se de alimentos processados e imediatizados pela indústria, adicionando conservantes, aromatizantes, emulsificantes, quase nunca respeitando o direito fundamental à informação ostensiva, preconizada pelo Código de Defesa do Consumidor.

Nessa perspectiva, o consumidor se alimenta de produtos com essas características e, pela falta de informação, sujeita-se à ação e aos efeitos de tais adicionais nos alimentos, podendo afetar a saúde, bem como perder a vida quando muitos anos de vida poderiam ser economizados se a atenção básica fosse mais bem atendida, reduzindo as possibilidades de mortes precoces e seqüelas.

Aliado à má alimentação, os hábitos do sedentarismo, álcool, tabagismo, ingestão de gordura e sal concorrem à ocorrência de aumento de peso, obesidade, hipertensão arterial, diabetes, agravos que provocam doenças coronárias e podem levar a acidentes vasculares cerebrais, os quais quando não fulminam as pessoas, seqüelam-nas definitivamente, ensejando despesas para o SUS com fisioterapias e outros dispêndios que aumentam desnecessariamente o orçamento público.

Em 5º lugar ficaram as urgências respiratórias/otorrino. Nessa perspectiva, o SAMU como fonte informativa de construção de melhores índices de saúde deve

Em 6º lugar ficaram as quedas. A freqüência dos trauma é atualmente considerado uma doença, sendo a terceira principal causa de morte na população brasileira (é superado pelas doenças cardiovasculares e neoplasias). Na população jovem, até 40 anos, é a principal causa de óbito.

As ocorrências de quedas no Estado do Amapá são significativas, mas podem ser mitigadas por meio de educação. Nesse sentido, o SAMU pode informar ao PSF e, com isso, é possível desenvolver estratégias que ensine a população a evitar tais ocorrências, porque uma simples queda pode ocasionar de um arranhão a uma lesão que possa ocasionar a morte ou a seqüela irreversível de uma pessoa. No caso, a maior parte das pessoas que caem são idosos.

Fraga (2004) refere que no Brasil, a principal causa de traumas fatais são os homicídios, que fazem parte da violência interpessoal. Os eventos de trânsito também são uma importante causa de traumas, além de quedas. Na maioria das vezes, o trauma é resultado de descuido ou falta de prevenção, não sendo adequado o uso indiscriminado da palavra acidente, pois, geralmente, um evento traumático pode ser evitado, deixando de ser um acidente. “A ingestão de bebida alcoólica por um motorista, que, na seqüência, dirige e bate o carro é um trauma, mas não devemos chamar de acidente, pois o álcool pode ter desencadeado esse evento, e isso poderia ter sido prevenido”, arremata o autor.

Considerando a diversificação no atendimento às urgências, especialmente no que se refere ao atendimento de traumas, Fraga (2004) adverte que é necessário dar atendimento ao traumatizado para evitar outro trauma. Mas também é fundamental atentar ao aspecto da segurança de quem está prestando atendimento ao traumatizado. Assim, quando do socorro em via pública, é necessário chamar a autoridade do trânsito para isolar o local, chamar o SAMU e nos locais onde não houver chamar os bombeiros e onde não existir nem um nem outro ligar imediatamente para a Polícia Militar e/ou acionar o serviço de ambulância do hospital mais próximo.

Em 7º, as ficaram as causas neurológicas. A vida moderna em si, concorre para o surgimento de doenças, tais como o estresse, a síndrome do pânico e outras fobias que comprometem a qualidade de vida das pessoas.

No Amapá os casos de doenças que afetam a saúde emocional e a mental, são preocupantes, principalmente em se considerando que o suicídio no Estado é notável e por isso merecedor de atenção especial porque também impacta o índice Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP).

No 8º lugar se puseram os acidentes de trânsito. Os acidentes em geral mutilam as pessoas, deixando-as inúteis para a vida produtiva. Tais pessoas ficam dependentes até o fim da vida do sistema previdenciário (se eram trabalhadores na

época do trauma). Mas se não trabalhavam vão ficar dependentes do SUS pelo resto da vida.

As ocorrências decorrentes de acidentes de trânsito são causas consideradas pela Política Nacional de Atenção às Urgências de violência urbana, assim como os homicídios, conforme apregoa Fraga (2004). Muitas dessas ocorrências estão associadas à ingestão de bebida alcoólica pelos motoristas. E nesse particular a legislação de trânsito deve ser bem rígida para exigir da sociedade conduta compatível com o respeito à vida.

As ocorrências relativas a acidentes de trânsito se encontram dentre as causas centrais de criação de política de atendimento móvel de urgência que busca diminuir os impactos no orçamento do Brasil, no que se refere à violência urbana, pois visa à redução de tempo de internação, gastos com próteses, com cirurgias, como também reduzir o índice APVP.

Os acidentes de trânsito além de produzirem gastos do SUS, gastam recursos da previdência social (com benefícios) e gastam recursos do Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores Terrestres (DPVAT).

Os acidentes de trânsito, quedas, acidentes cardiovasculares e causas neurológicas/psicológicas/psiquiátricas compõem um quadro de afetações à saúde relativas à vida moderna, sobretudo a urbana, atribuídos a diversos fatores, dentre os quais destacam-se: o excesso de concentração de veículos transitando nas cidades, longas distâncias a percorrer entre a residência e o trabalho, falta de habilidade para transitar com veículos, álcool, estresse.

As ocorrências relativas a acidentes de trânsito se encontram dentre as causas centrais de criação de política de atendimento móvel de urgência que buscam diminuir os impactos no orçamento do Brasil, no que se refere à violência urbana, pois visa à redução de tempo de internação, gastos com próteses, com cirurgias, como também reduzir o índice APVP.

Em relação aos acidentes de trânsito pouca ação do Estado se verifica quanto à atenção com o impacto populacional no Município de Macapá, o qual vem crescendo desordenadamente, sobretudo após o advento da instalação da Zona de Livre Comércio de Macapá e Santana, em meados da década de 1990.

A população Município de Macapá e do de Santana praticamente dobrou em 20 anos. Para isso, a cidade tem de se preparar, aumentando o número de vias de acesso, otimizando o tráfego de pessoas e de veículos. Macapá já comporta

construção de viadutos para desafogar os pontos de maior fluxo de veículos e pessoas, de modo a minimizar esses conflitos.

Sem dúvida, o crescimento desordenado de cidades gera conflitos sociais pelo aumento de necessidade de serviços básicos, mínimos à construção de cidadania, tais como moradia, educação, saúde, saneamento, água, esgoto, emprego, renda e outros.

Ocorre que, se a cidade cresce em população e não cresce em infra-estrutura básica, os conflitos decorrentes dessa desproporção gera inúmeros problemas sociais, haja vista que vão se formar aglomerados urbanos desorganizados e impactantes do meio ambiente com lixo, águas servidas e esgoto a céu aberto, criando poluição, proliferação de ratos, insetos, mosquitos e agravando situações de afetação à sadia qualidade de vida, ressaltando que essa sadia qualidade de vida é intrínseca à relação saúde e meio ambiente, conforme amplamente demonstrado neste trabalho.

A educação para o trânsito é uma política antiga. Recentemente houve alteração da legislação do trânsito, denominada de Lei Seca, alteração conhecida como penalizando com maior severidade os motoristas alcoolizados. Entretanto, tais medidas não parecem eficazes no combate aos acidentes de trânsito.

Em 9º lugar estão as urgências psiquiátricas. E em 10º estão as urgências decorrentes de acidentes com faca. Nesse aspecto, o Estatuto do Desarmamento impõe severas penas para o infrator que utiliza, porta arma de fogo fora dos padrões legais. Em compensação, as urgências de violência com faca ocupam significativo patamar no *ranking* das urgências no Estado do Amapá.



Tabela 13: atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, por sexo e por mês, no Estado do Amapá, em 2007

SEXO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOT
MASC	648	695	701	544	717	491	464	873	861	764	764	703	8225
FEM	935	1001	874	778	925	660	532	953	898	1007	967	891	10421
NÃO INF	326	400	181	119	218	140	74	146	171	137	157	106	2175
TOT	1909	2096	1756	1441	1860	1291	1070	1972	1930	1908	1888	1700	20821

Fonte: Base de dados do SAMU AP, 2007.

A tabela 13 demonstra que metade dos atendimentos foi realizado em pessoas do sexo feminino, 39,5% em pessoas do sexo masculino e os outros 10,5% restantes referem-se a atendimentos de pessoas cujo sexo não foi informado.

Essa situação justifica, por exemplo, a maior quantidade de ocorrências gineco/obstétricas, causas eminentemente femininas.

Tabela 14: Atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências pediátricos e adultos, por patologia, no Estado do Amapá, em 2007.

PATOLOGIA	JAN		FEV		MAR		ABR		MAI		JUN		JUL		AGO		SET		OUT		NOV		DEZ	
	PED	ADU	PED	ADU	PED	ADU	PED	ADU	PED	ADU	PED	ADU	PED	ADU	PED	ADU	PED	ADU	PED	ADU	PED	ADU	PED	ADU
INESP	101	574	194	454	211	685	113	370	89	592	76	359	57	313	167	510	122	491	111	441	119	428	97	406
OBSTETRÍCIO/GINEC.	2	256	1	308	4	230	0	210	0	199	1	197	0	137	0	226	2	358	3	400	4	296	2	233
GASTRO/PROCTO	62	171	49	219	19	88	47	128	67	173	27	34	11	77	60	179	48	139	33	134	59	160	55	117
CARDIOVASCULAR	0	80	5	129	3	55	7	80	1	74	3	72	2	69	3	144	0	143	6	127	5	142	6	109
RESPIRAT./OTORRINO	34	40	47	70	26	40	42	48	41	94	51	59	21	36	41	101	29	60	18	62	49	96	37	80
QUEDA	24	77	20	76	25	71	27	26	22	91	18	70	18	52	2	58	40	20	37	79	41	93	16	92
NEUROLÓGICO	7	55	6	60	11	35	11	43	5	67	12	56	4	44	15	97	4	51	4	65	2	8	14	61
ACID. TRÂNS.ATROPELAM.e COLISÃO	3	39	16	90	2	53	0	54	4	48	4	56	1	32	7	103	17	83	5	47	2	21	8	88
PSQUIATR	0	30	0	53	1	33	1	48	0	55	0	37	0	55	2	57	4	55	1	44	2	63	5	52
ACIDENTE C/FACA	15	24	7	28	3	30	0	36	1	50	2	51	1	24	0	16	0	47	22	46	0	32	0	65
NEFROLÓGICO	1	9	3	53	0	7	8	13	0	11	4	14	2	1	4	1	2	32	0	36	0	116	1	14
OUTRAS URGÊNCIAS	0	184	0	78	0	0	0	0	1	24	0	0	2	3	0	0	2	0	3	12	4	9	10	5
FURADA DE PREGO, DE VIDRO, RAIO DE BICICLETA	5	17	9	17	5	19	8	26	6	12	9	14	1	14	0	0	5	25	21	21	5	21	7	14
AGRESS FÍS	0	20	1	21	0	18	0	0	0	17	0	17	0	27	0	0	1	33	2	33	2	33	0	28
PICADA/MORDEDURA	3	15	7	10	2	7	20	5	8	8	2	7	3	7	4	7	7	13	4	14	6	13	4	8
ALCOOLISMO	0	18	0	12	0	12	0	5	0	53	0	4	0	15	0	21	0	9	0	11	0	10	0	11
INTOXIC./ ENVENENAMENTO	2	8	2	10	4	9	3	12	3	6	2	6	0	4	3	18	2	8	2	8	1	5	3	5
CORPO ESTRANHO NA PESSOA	2	1	3	2	7	4	1	4	4	1	0	0	3	1	11	23	1	33	2	4	1	5	4	6
ACIDENTE C/ BALA	0	7	1	5	2	7	0	1	0	8	0	7	1	10	0	7	0	17	0	19	0	11	0	15
URG. CIRÚRGICA	0	8	2	9	2	7	3	11	0	6	0	3	0	2	0	6	2	7	0	4	0	2	2	4
CÂNCER	0	7	0	2	0	8	0	1	0	1	0	3	0	1	0	25	1	3	0	4	0	4	0	6
OFTALMOLÓGICO	0	1	1	2	0	0	1	19	0	2	2	2	0	6	1	7	0	4	0	4	2	1	0	1
QUEIMADURA	2	0	1	0	2	4	0	5	0	10	1	4	1	1	0	1	0	2	0	2	0	4	0	2
ACIDENTE C/ MÁQUINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	31	0	1	1	1	0	0	1	1
ACIDENTE DO TRAB.	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3	0	1	0	4	0	2	0	4	0	4
SUICÍDIO	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	7	0	0	0	1
ESCALPELAMENTO	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0
AGRESSÃO SEXUAL	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	5	0	5	1	0
AIDS	0	1	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
AFOGAMENTO	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0
CHOQUE ELÉTRICO	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
TOTAL	264	1645	375	1721	329	1427	294	1147	253	1607	214	1077	130	940	324	1648	289	1641	276	1632	305	1583	272	1428
TOTAL GERAL	1909		2096		1756		1441		1860		1291		1070		1972		1930		1908		1888		1700	

Fonte: Base de dados SAMU AP, 2007.

Dos 20.821 atendimentos feitos pelo SAMU em 2007, a maior parte (17.496) foi de pessoas adultas, representando 84,03% do total da amostra. Dos adultos, a maior parte se encontrava na faixa etária entre 20 e 59 anos, sendo que tais pessoas representaram 52,52% do total de adultos atendidos.

A mostra é um reflexo da ineficiência do sistema brasileiro de saúde, notadamente com as políticas voltadas à atenção básica, revelando “a saúde possível”. Entretanto, saúde é um direito fundamental social implementável em conjunto com outros direitos fundamentais, tais como alimentação moradia, saneamento básico, conforme demonstrado no capítulo que traça a conexão entre saúde e meio ambiente, gerando um complexo dinâmico de componentes básicos que concorrem à sadia qualidade de vida.



Tabela 15: atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências por faixa etária e por mês no Estado do Amapá, em 2007.

FAIXA ETÁRIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
CRIANÇA (neonatal a 13 anos)	276	609	324	264	431	196	166	221	267	343	326	279	3702
ADOLESCENTE (14 a 19 anos)	270	248	251	171	306	166	145	211	229	291	287	240	2815
ADULTO (20 a 59 anos)	845	725	766	671	651	606	548	1100	829	859	847	742	9189
IDOSO (a partir de 60 anos)	211	349	238	148	259	155	108	236	351	280	246	230	2811
NÃO MENCIONADO (qualquer idade)	307	165	177	187	213	168	103	204	254	135	182	209	2304
TOTAL	1909	2096	1756	1441	1860	1291	1070	1972	1930	1908	1888	1700	20821

Fonte: Base de dados SAMU AP, 2007.

Tabela 16: Quantidade de óbitos constatados pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, por mês; média mensal e % sobre o total de atendimentos, no Estado do Amapá, no ano de 2007.

ÓBITOS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA MENSAL	%SOBRE 20821
TOTAL	3	6	3	1	2	7	3	6	11	5	10	4	61	5,08	0,29

Fonte: Base de dados do SAMU AP, 2007.

A quantidade de óbitos constatados pelo SAMU no Estado do Amapá, no ano de 2007 é pouco representativa (61) em face da quantidade total de atendimentos nesse período (20.821).

No ano de 2007, apesar de o SAMU ter atendido mais mulheres que homens, no Município de Macapá foram registrados pelo IBGE 417 óbitos, sendo 235 de homens e 182 de mulheres, predominando mortes por doenças do aparelho circulatório (79), representando 19% do total de *causas-mortis*.

No Município de Santana, no mesmo período, o IBGE registrou 113 óbitos, dos quais 70 foram de homens e 43 de mulheres, predominando as mortes por doenças do aparelho respiratório.(29), tecnicamente empatadas com as mortes por doenças do aparelho circulatório (28).

Considerando, portanto, que o SAMU se circunscreve na atuação de atendimentos nos dois Municípios mencionados (Macapá e Santana), dentro de um universo de 530 óbitos (417 + 113), em comparação ao total de óbitos constatados pelo SAMU (61), a representatividade é de 11,50%.

Tabela 17: Quantidade de chamadas que geraram e não geraram socorro pelo Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, por mês e média mensal e % sobre o total de atendimentos, no Estado do Amapá, no ano de 2007.

CHAMADAS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	MÉDIA MENSAL	%SOBRE 20821
ENGANOS	408	368	537	506	491	497	302	448	362	381	299	358	4957	413,08	23,81
TROTES	3159	1182	2028	2441	2646	2848	745	2379	2007	2772	2210	2368	26785	2232	128,64
LIG INCOMPL	2910	1766	1669	2040	2158	2138	1298	1837	1600	1866	1801	1714	22797	1899,75	109,49
CHAMADAS QUE GERARAM SOCORRO PELO SAMU	1909	2096	1756	1441	1860	1291	1070	1972	1930	1908	1888	1700	20821	1735,08	100
TOTAL	8386	5412	5990	6428	7155	6774	3415	6636	5899	6927	6198	6140	75360	6280	361,94

Fonte: Base de dados do SAMU AP, 2007.

Da quantidade de vezes que o SAMU foi acionado (75.360), 20.821 foram atendimentos efetivos, representando 27,63%. Sobre o total. Mas houve 26.785 trotes que, sobre o total de vezes que as pessoas ligaram para o SAMU, representou 35,54% sobre o total. Além disso, houve um significativo número de ligações que não foram completadas (22.797), representando 30,25%. Também ocorreram ligações que não eram destinadas ao SAMU, os enganos (4.957), os quais representaram 6,58% do total de chamadas lançadas ao SAMU no ano de 2007.

De um lado, os enganos, são, de certa forma compreensíveis, haja vista que a linha “192” do SAMU tem número próximo da linha “190” que é do CIODES, servindo para acionar a Polícia Militar e da linha “193” que é do Corpo de Bombeiros. Com isso, é muito fácil errar a discagem e acionar o SAMU, ainda que sem querer.

O problema cresce, entretanto, na medida em que o Programa não investe em campanhas educativas para coibir essa prática, que provoca gastos desnecessários, atrapalha o atendimento de chamadas de urgências e, eventualmente, ocasiona deslocamentos de viatura e equipe de salvamento desviadas de rota em razão de trotes.

A prática de trotes, no Brasil, tem apontado que as ligações partem de orelhões próximos de escolas de ensino fundamental, independentemente de serem públicas ou privadas. Com esse dado, é possível identificar o alvo de campanhas voltadas ao combate dessa causa. Nas capitais Florianópolis e São Paulo, a vertente educativa do SAMU tem investido em campanhas, promovendo palestras nas escolas abrangidas pelo alvo (adolescentes).

A Política Nacional de Atenção às Urgências, no que concerne ao componente móvel, tem módulo de educação continuada dos profissionais, não somente de servidores, mas também prepara multiplicadores para desenvolver, na comunidade, a cultura de urgência e o respeito que deve ser dado à vida como direito fundamental, como também à saúde como direito fundamental social.



## 8 CONCLUSÕES

O estudo realizado possibilitou chegar às seguintes conclusões:

a) As relações entre saúde e meio ambiente surgiram do conceito de saúde adotado pela OMS, em 1948, também lançada a Declaração Universal dos Direitos, a qual previu a existência dessa relação, reconhecida em outros documentos internacionais (Carta de Ottawa) e domésticos (Lei Orgânica da Saúde, de 1990).

b) O direito fundamental social à saúde é fruto de luta pelos direitos humanos, mitigando o poder excessivo do Estado. O reconhecimento desse direito veio da Revolução Francesa, prenunciada pelas Cartas Inglesas, Americanas, consagrando-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no pós Segunda Guerra, cuja eficácia depende de políticas públicas de constitucionalização, como pressuposto de um Estado de Bem-Estar Social, exigindo declarar direitos e garantias ao exercício pleno desses, cuja falta é discurso vazio, impondo aos seus agentes prática que dê efetividade aos direitos contidos nas Constituições, fortalecendo a democracia com a implementação de políticas públicas, re-significando o princípio constitucional da dignidade da pessoa.

c) O direito à saúde, no Brasil desde a Constituição de 1937, só foi guinado a direito fundamental social com a Constituição de 1988, a qual criou o SUS, regido por princípios inclusivos, diferente do regime anterior. A universalidade do SUS traz impactos ao orçamento, exigindo a implantação de uma política redutora de tais impactos, surgindo a PNAU, da qual faz parte o SAMU buscando-se reduzir o APVP otimizado pela violência urbana.

d) Os projetos de implantação de SAMU foram aprovados e os respectivos componentes foram implantados a partir de 2004, havendo até hoje no Brasil, 133 SAMU, em todas as Unidades da Federação. Antes, funcionava desde 1995 em face da Cooperação entabulada entre o Brasil e a França, razão por que o SAMU brasileiro adotou o modelo francês de atendimento móvel.

e) As urgências médicas eram tradicionalmente atendidas pelos Bombeiros (parceiros do SAMU) e hoje, essa força auxiliar permanece com a função institucional de promover o resgate de vítimas de traumas tais como acidentes de trânsito, sendo que no Estado do Amapá tais relações são pouco amistosas.

f) Verificou-se que no Estado do Amapá as urgências eram atendidas inicialmente pelo lado humanitário, em razão de inexistência de profissionais

treinados para o exercício do atendimento pré-hospitalar de urgência e da inexistência de recursos tecnológicos. Tais urgências eram realizadas pelos policiais militares em veículos desprovidos de quaisquer recursos de salvamento. Era traslado puro e simples. O mesmo ocorreu com o atendimento feito pelo Município de Macapá pela política conhecida como linha 1520. E em muitas localidades remanesce a cultura de chamar a Polícia para levar uma pessoa ao hospital, principalmente considerando que o SAMU não atinge toda a população do Estado, limitando-se a Macapá e Santana com 9 veículos terrestres e 1 fluvial, reconhecidamente insuficiente para prestar um serviço potencialmente eficiente a uma população de cerca de 600.000 habitantes.

g) No Estado do Amapá, verificou-se que foram feitos 20.821 e a população do Município de Macapá é de 344.153 habitantes. A título de exemplo, 10% da população de Macapá (344.153 habitantes) é 34.415 habitantes e o SAMU só atendeu pouco mais de 20.000, sendo possível dizer que o SAMU não é uma política pública efetiva, oferecendo tratamento diferenciado e estabelecendo discriminações que afrontam os direitos fundamentais da pessoa. O SAMU no Estado do Amapá não é efetivo porque opera isolado, como se fosse um órgão sem relacionamento e como se não integrasse um sistema, ainda que a PNAU deva funcionar como um sistema.

h) No Estado do Amapá, desconsideradas as inespecíficas, dentre as 10 maiores causas de atendimento, o SAMU atendeu mais ocorrências ginecológicas/obstétricas e reforçou a cultura de que o SAMU é “táxi de pobre” para mulheres que vão dar a luz ou que estão com algum sintoma dessa natureza. Tais causas se seguem das gastro/procto, evidenciadas pelas dores de barriga e diarreia, seguidas das causas cardiovasculares. Essas últimas representam a transição do Estado-rural para o Estado-industrial, notadamente a partir da Revolução industrial,

i) A violência urbana se caracterizou pelas ocorrências de traumas não intencionais, dentre os quais as quedas ocuparam o 6º lugar no ranking, os acidentes de trânsito (8º lugar) e os acidentes com faca (10º lugar). Essas causas corroboraram a percepção do Ministério da Saúde relativa à necessidade de desenvolver política de atenção às urgências.

j) Os acidentes de trânsito também geram impacto no orçamento com o pagamento de seguros DPVAT e corroboram o APVP, sendo significativos os gastos públicos com mortes precoces e seqüelas permanentes, era necessária uma

providência do Estado para mitigar esses conflitos e adotar estratégias capazes de reduzir o gasto público com agravos e doenças evitáveis, razão pela qual surgiu em 2003, pela Portaria GM n. 1.863, a Política Nacional de Atenção às Urgências, para ser implantada em todas as UF brasileiras. Ao mesmo tempo, o Ministro da Saúde criou o SAMU, como componente pré-hospitalar de atendimento às urgências móveis.

k) O SAMU no Amapá é recente e precisa se organizar em todas as vertentes de que é composta tal política, a exemplo da educação continuada e extensão de potencial da população, necessitando inclusive de atualização e organização da base de dados, de modo a possibilitar os mais diversos estudos, viabilizando respostas, a exemplo dos Estados de Santa Catarina, Pernambuco, Distrito Federal e de outras UF onde o SAMU funciona há mais tempo. A falta de uma base de dados uniforme atrapalha a circulação sistêmica de informações entre outras políticas públicas em saúde e revela a dissociação de estratégias para oxigenação do sistema de saúde como um todo, fortalecendo modelo assistencial centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos. Aliás, essa perspectiva obriga à retomada do conceito de política pública como ação estatal, que tem por objetivo reduzir (não eliminar) conflitos no meio da sociedade.

l) A baixa quantidade de Municípios (16) e a baixa população inviabilizam a instalação de mais SAMU no Estado, pois ainda que os Municípios próximos possam se aglutinar se as proximidades forem razoáveis e a população aglutinada alcance entre 100.000 a 150.000 habitantes, não é possível implantar em face da distância entre tais Municípios.

m) O SAMU é a primeira porta de entrada de doentes, quando deveria ser a última, cuja inversão é reconhecida pelo Ministério da Saúde em face da falta de atendimento de pessoas nos programas de atenção básica. Essa dificuldade se agrava pelo distanciamento das datas de marcação de consultas, concorrendo para que simples problemas de saúde se agravem, concorrendo para a consolidação da cultura de que o sistema de saúde brasileiro é ineficiente.

## REFERÊNCIAS

ABBAGNANO. Nicola. **Dicionário de filosofia**. 4. ed. Tradução da 1ª edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bosi. Revisão da tradução e tradução de novos textos Ivone Castilho Benedetti São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ADNET, F., LAPOSTOLLE, F. *International Emergency Medical Service systems: France. **Resuscitation***. 2004; 63: 7-9.

ALEXY, Robert. Colisão de Direitos Fundamentais e Realização de Direitos Fundamentais no Estado de Direito Democrático. **Revista de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro, n. 217, p. 67-79. 1999.

AMAPÁ. **Constituição do Estado do Amapá**. Texto promulgado em 20 de dezembro de 1991.

\_\_\_\_\_. **Convênio n. 008/2006-GEA/PMM** de cooperação técnica que entre si celebram o Governo do Estado do Amapá e a Prefeitura Municipal de Macapá, com a interveniência da SESA e da SEMSA para os fins nele declarados. Macapá, 2006.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 1.119, de 12 de setembro de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para elaboração da Lei Orçamentária, exercício financeiro 2008, e dá outras providências, publicada no D.O.E n. 4.089, de 12.09.07.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Santana. **A Cidade Santana: histórico, Geografia, Turismo**. 2008.

AMBIENTE BRASIL. **DDT – Diclorodifeniltricloreto**. Disponível: <<http://www.ambientebrasil.com.br/composer.php3?base=./agropecuario/index.html&conteudo=./agropecuario/artigos/ddt.html>>. Acesso em: 21. abr. 2008.

ARAÚJO, Tânia Bacelar de. **Ensaio sobre o desenvolvimento brasileiro: heranças e urgências**. Rio de Janeiro: Revan, Fase. 2000.

ARGENTINA. *Ministerio de Salud*. **SAME 107**. Disponível em: <[http://www.same.gov.ar/menu\\_content.html/](http://www.same.gov.ar/menu_content.html/)>. Acesso em: 21 abr. 2008.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA. ABRASCO. **VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva: Grupo Temático Saúde e Ambiente**. Versão preliminar para discussão na Oficina de Trabalho Pré-Congresso. Brasília, DF, 29-30 de julho de 2003. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em 21 abr. 2008.

BARBOSA, Zilda. **Regulação médica das urgências: entraves, desafios e potencialidades na avaliação e implementação da atenção integral às urgências em Campinas**. Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de

Mestrado em Saúde Coletiva, para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva, 2001.

BARREIRO, Fernando. **O curso de primeiros socorros, de acordo com o COREM-PB, é um curso livre e de utilidade pública?** 2005. Disponível em: <<http://www.cdof.com.br/consult111.htm>>. Acesso em: 21 set. 2008.

BASTOS, Celso Ribeiro. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo: Saraiva, 1978.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. vol. 9, n.17, Botucatu, SP, Mar./Aug. 2005.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2002.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. 8. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOMPADRE, María del Carmen. *Historia de la medicina*. **Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 119, Número 2**, 2006. Disponível em: <[http://www.ama-med.org.ar/revistas/2006-2/historia\\_de\\_la\\_medicina.pdf](http://www.ama-med.org.ar/revistas/2006-2/historia_de_la_medicina.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2008.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 10. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

BONETI, Lindomar Wessler. **Políticas públicas por dentro**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2006.

BRASIL. **Constituição Política do Império do Brasil**, 1824. Registrada na Secretaria de Estado dos Negócios do Império do Brasil, à fl. 17 do Liv. 4º de Leis, Alvarás e Cartas Imperiais. Rio de Janeiro, em 22 de Abril de 1824. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao24.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao24.htm)>. Acesso em: 13 jul 2008.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 24 de fevereiro de 1891, publicado no DOU de 24.2.1891. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 16 de julho de 1934, publicado no DOU de 16.7.1934. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 10 de novembro de 1937, publicado no DOU de 10.11.1937. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**, de 18 de setembro de 1946, publicado no D.O.U. de 19.9.1946 e Republicado no DOU de 25.9.1946. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm). Acesso em: 20 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 24 de janeiro de 1967, publicado no D.O.U. de 20.10.1967. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao34.htm). Acesso em: 20 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal: promulgada em 05 de outubro de 1988**. 9. ed. [organizador: Nylson Paim de Abreu Filho]. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2005.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 875**, de 19 de julho de 1993. Promulga o texto da Convenção sobre o Controle de Movimentos Transfronteiriços de Resíduos Perigosos e seu Depósito, em Basiléia em 22 de março de 1989.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 30.822, de 6 de maio de 1952**. Promulga a Convenção para a Prevenção e a Repressão do crime de Genocídio, concluída em Paris, a 11 de dezembro de 1948, por ocasião da III Sessão da Assembléia Geral das Nações Unidas.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei n. 5.812, de 13 de setembro de 1943**. Cria o Território Federal do Amapá.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada Coordenação Geral de Urgência e Emergência. Projeto de Reorganização da atenção às urgências e emergências. **Implantação do componente pré-hospitalar móvel e regulação da atenção às urgências (SAMU-192) 1ª etapa: capitais e Municípios com mais de cem mil habitantes em condição de gestão plena do sistema**. Brasília, 2003.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE-estados. **Contagem da população do Estado do Amapá**. 2007.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE-cidades. **Contagem da população dos Municípios do Estado do Amapá**. 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicada no DOU de 20.9.1990.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 6.938**, de 31 de agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências. Publicada no DOU de 2.9.1981.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2005. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687\\_2006\\_anexo1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências** / Ministério da Saúde. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006, 256 p. (Série E. Legislação de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 687**, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 737**, de 16 de maio de 2006. Institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidente e Violência. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Portaria n. 2.048 GM/MS**, de 05 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. **Portaria n. 1.863/GM**, de 29 de setembro 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Serviços de Atendimento Móvel de Urgência. **Portaria n. 1.864/GM**, de 29 de setembro 2003. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Projeto de Reorganização da Atenção às Urgências e Emergências**. 2003.

\_\_\_\_\_. SANTA CATARINA. 3º Batalhão de Bombeiros Militar de Santa Catarina, Blumenau. **Histórico do Serviço de Atendimento Pré-hospitalar do Corpo de Bombeiros de Blumenau**. 2005. Disponível em <[http://www.cb.sc.gov.br/3bbm/aph/hist\\_aph.htm](http://www.cb.sc.gov.br/3bbm/aph/hist_aph.htm)>; Acesso em : 21 abr. 2008.

BRITO, Nara. **Oswaldo Cruz. A construção de um mito na ciência brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BUCCI, Maria Paula Dallari. **Direito Administrativo e políticas públicas**. Saraiva, 2005.

CALADO, Marcela; CAMPOS, Anthony. **SAMU: 85% das ligações recebidas são trotes**. Disponível em: <[http://gazetaweb.globo.com/v2/noticias/texto\\_completo.php?c=158400](http://gazetaweb.globo.com/v2/noticias/texto_completo.php?c=158400)>. Acesso em: 19 ago. 2008.

CANOTILHO, J. J. Gomes. **Direito Constitucional e Teoria da Constituição**. Coimbra: Almedina, 1998.

\_\_\_\_\_. Gomes. **Constituição dirigente e vinculação do legislador: contributo para a compreensão das normas constitucionais programáticas**. Coimbra: Coimbra Editora, 1994.

**CARTA DE OTAWWA.** PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE.. Canadá, em novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

**CARTA SOCIAL EUROPÉIA.** Pela defesa e pelo desenvolvimento dos direitos do homem e das liberdades fundamentais. Estrasburgo, 9 de Novembro de 1995. Disponível em: <[www.epralima.pt/inforadapt/index.php/inforadapt/content/download/859/2510/file/Carta-Social-Europeia.pdf](http://www.epralima.pt/inforadapt/index.php/inforadapt/content/download/859/2510/file/Carta-Social-Europeia.pdf)>. Acesso em: 15 mai 2008.

CARVALHO, Edson Ferreira de. **Meio ambiente & direitos humanos**. 2. tir. Curitiba: Juruá, 2006.

CARVALHO, Kildare Gonçalves. **Direito Constitucional**. 14. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 2008.

CAVALCANTE, Pedro. **Políticas de saúde do Brasil**. Apresentação em Microsoft PowerPoint. S.d. Disponível em: <[www.medsobral.ufc.br](http://www.medsobral.ufc.br)>. Acesso em: 17 dez. 2007.

CHILE. *Ministerio de Salud*. **Servicio de Atencion Medica de Urgencia - SAMU 131**. Disponível em: <<http://www.samu-chile.cl>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

COMPARATO, Fábio Konder. **A afirmação histórica dos direitos humanos**. São Paulo: Saraiva, 1999.

\_\_\_\_\_. **Ensaio sobre o juízo de constitucionalidades de políticas públicas**. In: RT/Fasc. Civ. Ano 86, v. 737, mar. 1997.

**CONVENÇÃO CONTRA A TORTURA E OUTROS TRATAMENTOS OU PENAS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES**. 1984. Adotada pela resolução n. 39/46 da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1984 e ratificada pelo Brasil em 28 de setembro de 1989. Disponível em: <[http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Onu/Prisoneiros/texto/texto\\_3.html](http://www.direitoshumanos.usp.br/counter/Onu/Prisoneiros/texto/texto_3.html)>. Acesso em: 21 abr. 2008.

**CONVENÇÃO DE BASILÉIA PARA O CONTROLE DOS MOVIMENTOS TRANSFRONTEIRIÇOS DE RESÍDUOS PERIGOSOS E SUA DISPOSIÇÃO**. 1989. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/ecologia/convencao-de-basileia/>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

**CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR E PUNIR A TORTURA**. 1985. Adotada e aberta à assinatura no XV Período Ordinário de Sessões da Assembléia Geral da Organização dos Estados Americanos, em Cartagena das Índias (Colômbia), em 9 de dezembro de 1985 - ratificada pelo Brasil em 20.07.1989. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/cartagena.htm>>. Acesso em: 21 abr. 2008.



**CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA A MULHER, 1979.** Adotada pela Resolução 34/180 da Assembléia Geral das Nações Unidas, em 18.12.1979 - ratificada pelo Brasil em 01.02.1984. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/instrumentos/discrimulher.htm>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **Elementos da Teoria Geral do Estado**. Ed. Saraiva. São Paulo, 1995.

**DECLARAÇÃO DO RIO SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO.** Rio de Janeiro, de junho de 1992. Disponível em: <<http://www.ufpa.br/npadc/gpeea/DocsEA/DeclaraRioMA.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2008.

DEMO, Pedro; PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. Políticas de saúde e crise do Estado de Bem-Estar: repercussões e possibilidades para o Sistema Único de Saúde. *Health Policies and Crisis of The Welfare State: repercussions*. **Revista Saúde e Sociedade v. 15, n. 2, p. 56-71, maio-ago 2006**. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>>. Acesso em: 07 set. 2007.

DORNELLES, João Ricardo W. A internacionalização dos direitos humanos. **Revista da Faculdade de Direito de Campos, Ano IV, n. 4 e ano V, n. 5, 2003-2004**.

DUCASSE, J. L., Battefort, F; Bleichner, G. *From the call to the advanced life support: management of emergency care units in France*. **Rev Prat** 2006; 56 (7):725-8. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16739904>>. Acesso em: 17 jun. 2008.

**ELEIÇÕES NO ESTADO DO AMAPÁ EM 2006.** Disponível em: <<http://www.duplipensar.net/dossies/eleicoes-2006/eleicao-para-governador-do-amapa.html>>. Acesso em: 20 out. 2008.

ELIAS, Paulo Eduardo. **A saúde como política social no Brasil**. in: Associação Juizes para a Democracia. Direitos humanos: visões contemporâneas. São Paulo, 2001.

FARAGE, Nádia. **O pano de fundo: características da ocupação colonial do Maranhão e Grão-Pará**. In: As muralhas dos sertões: os povos indígenas no Rio Branco e a colonização. Rio de Janeiro: Paz e Terra, ANPOCS, 1991.

FEITOSA, Vilma Ramos; TEIXEIRA, José Boaventura; SILVA, Everaldo Resende. **Saneamento: uma interface entre saúde e meio ambiente**. 2002. Disponível em: <<http://www.redebrasil.tv.br/salto/boletins2002/seq/tetxt5.htm>>. Acesso em: 21 abr. 2008.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros; ANDRADE, Elisabete Agrela de; PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. *Promoção da Saúde: elemento instituinte? Health Promotion: an instituting element?* **Saúde Soc.** São

Paulo, v. 17, n. 1, p. 153-164, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>>. Acesso em: 21 jul. 2008.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

**FÓRUM INTERNACIONAL SOBRE ECO-SAÚDE: Eco-Saúde: ambientes saudáveis, gente saudável**. 2008. Disponível em: <[http://www.idrc.ca/pt/ev-122120-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/pt/ev-122120-201-1-DO_TOPIC.html)>. Acesso em: 08 set. 2008.

FRAGA, Gustavo Pereira. Cirurgia do trauma. Entrevista Portal Saúde Plena, **seção Saúde Pública** sobre matéria tratada no **Simpósio de especialistas para debater redução de acidentes e atendimento a vítimas**. 2004. Disponível em: <[http://correioweb.saudeplena.com.br/noticias/index\\_html?opcao=07-2406-03](http://correioweb.saudeplena.com.br/noticias/index_html?opcao=07-2406-03)>. Acesso em: 20 set. 2008.

FRANCE. Benin. **Service d'Aide Médicale d'Urgence – SAMU BENIN**. Disponível em: <<http://www.samubenin.org/>>. Acesso em : 21 abr. 2008.

GIL, Antonio Carlos. Entrevista. In: **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Cap. 11, p.117-127.

GONÇALVES, Cláudia Maria da Costa. **Políticas dos direitos fundamentais sociais na Constituição Federal de 1988**: releitura de uma constituição dirigente. 2005. Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Doutor em Políticas Públicas.

GONZAGA, Luiz de. **Direito Constitucional em exercícios comentados**. Disponível em: <<http://www.provasjuridicas.com/downloads/19317a82a7c78d8db8234ce8dbb89405.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2008.

GRANZIERA, Maria Luiza Machado; DALLARI, Sueli Gandolfi. **Direito Sanitário e meio ambiente**. In: PHILIPPI JR., Arlindo; ALVES, Alaor Caffé (Editores). Curso interdisciplinar de Direito Ambiental. Barueri, SP: Manole, 2005.

HÄBERLE, Peter. **El legislador de los derechos fundamentales**. In: PINA, Antônio Lopez (org.). *La garantía constitucional de los derechos fundamentales: Alemania, Espanha, Francia e Itália*. Madrid: Civitas, 1991.

HERKENHOFF, João Baptista. **Cidadania**. São Paulo: Acadêmica, 2000.

HESSE, Konrad. **Elementos de Direito Constitucional da República Federal da Alemanha**. Tradução de: Luís Afonso Heck. Porto Alegre: Sergio Antonio Fabris Editor, 1998.

HÖFLING, Eloísa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**, ano XXI, n. 55, novembro/2001.

IHERING, Rudolf Von. **A luta pelo direito**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998.

KAWAMOTO, Emilia Emi. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro & FERNANDES, Rosana Joaquim. **Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar**. Medicina. Ribeirão Preto, 32: 381-387, out./dez. 1999.

MALUF, Sahid. **Teoria Geral do Estado**. 28. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

\_\_\_\_\_. **Direito Constitucional**. 8. ed. São Paulo: Sugestões Literárias, 1974.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004.

MARTINS, Roberto de Andrade. Contágio: História da prevenção das doenças transmissíveis. **Capítulo 2 - Medicina mágica e religiosa: magia e contágio**. (S.d.). Disponível em: <<http://www.ifi.unicamp.br/~ghtc/Contagio/cap02.html>>. Acesso em: 14 dez. 2007.

MARUM, Jorge Alberto de Oliveira. **Ministério Público e direitos humanos**. Campinas: Bookseller, 2005.

MILARÉ, Édís. **Direito do Ambiente: doutrina, prática, jurisprudência, glossário**. São Paulo: RT, 2000.

MÉDICI, André Cezar. **Evolução da estrutura do Sistema de Saúde**. Disponível em: <[www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/apresent.htm](http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/polsoc/saude/estsist/apresent.htm)> - 19k>. Acesso em 18 de agosto de 2007.

MONTEIRO, Ana Lúcia de Oliveira. **A relação Estado e sociedade no processo de formulação e implementação de políticas públicas: análise do Programas Nacional de DST e AIDS (1980-2006)**. UNB: Brasília. Dissertação de mestrado em Gestão Social e Trabalho apresentado à Universidade de Brasília, 2006.

MORAIS, Paulo Dias. **Governadores do Amapá: principais realizações**. Macapá: Gráfica J. M., 2005.

MOURA, Irani Ribeiro de. Ministério da Saúde Coordenadoria Geral de Urgência e Emergência. **Política Nacional de Atenção às Urgências. Le système d'urgences au Brésil**. (s.d.). Disponível em: <<http://www.goias-quebec.com/app/DocRepository/17/MissionBresilJuillet06EvaluationDuSysteme/IraniRibeiroPoliticaNacionalDeAtencaoAsUrgencias.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2008.

MUTARELLI, Sandra Regina Kuka. **Os quatro temperamentos na Antroposofia de Rudolf Steiner**. Dissertação de mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo para obtenção do título de mestre em História da ciência. São Paulo, 2006. Disponível em: <[http://www.sapientia.pucsp.br/tde\\_arquivos/18/TDE-2006-05-](http://www.sapientia.pucsp.br/tde_arquivos/18/TDE-2006-05-)

3T13:06:05Z2191/Publico/Quatro%20Temperamentos\_Antroposofia\_Steiner.pdf>. Acesso em 29 fev. 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos da Criança**. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/doc\\_crianca.php](http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php)>. Acesso em: 05 mai. 2008.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 4. ed. São Paulo: Max Limonad, 2000.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <[www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.rtf)>. Acesso em: 23 de agosto de 2007.

**PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE**. Ottawa, novembro de 1986.

SANTOS J. S; SCARPELINI S.; BRASILEIRO SLL; FERRAZ CA; DALLORA MELV & SÁ MFS. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, 36: 498-515, abr./dez. 2003.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. 3. ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

\_\_\_\_\_. **A eficácia dos direitos fundamentais**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 1998.

SCARPELINI, Sandro. A organização do atendimento às urgências e trauma. *Emergency and trauma system organization*. Medicina, Ribeirão Preto. **Simpósio: Cirurgia de urgência e trauma**. 2007; 40 (3): 315-20, jul./set. Capítulo I. Disponível em:<[http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n3/1\\_a\\_organizaca\\_atendimenturgencias\\_e\\_trauma.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n3/1_a_organizaca_atendimenturgencias_e_trauma.pdf)>. Acesso em: 21. abr. 2008.

SHÄFER, Jairo Gilberto. As garantias dos direitos fundamentais, inclusive as judiciais, nos países do MERCOSUL. **Revista CEJ, Centro de Estudos Jurídicos**. Brasília, n. 9, set./dez. 1999.

SCILAR, Moacyr. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: Editora SENAC, 2002.

SILVA, Genivaldo da. **Ação Civil Pública na prevenção da saúde e segurança do trabalhador: a legitimidade do Ministério Público do Trabalho e dos Estados**. Monografia Final de Curso apresentada ao Curso de Especialização à distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal da Faculdade de Direito da Universidade de Brasília. 2003.

SILVA, Geraldo Eulálio do Nascimento e. **Direito Ambiental Internacional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Thex Ed., 2002.

SILVA, José Afonso da. **Aplicabilidade das normas constitucionais**. 7. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

\_\_\_\_\_. **Curso de Direito Constitucional positivo**. 18. ed. São Paulo: Malheiros, 2000.

SILVEIRA, Mário Magalhães da. **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA: a trindade desvelada: economia-saúde-população**. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

SOUZA, Cezarina Maria Nobre. Relação Saneamento-Saúde-Ambiente: os discursos preventivista e da promoção da saúde. *Sanitation-Health-Environment Relationship: promotional and preventive discourses*. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.16, n.3, p.125-137, 2007.

STRECK, Lênio Luiz. **Hermenêutica Jurídica e(m) crise: uma exploração hermenêutica da construção do Direito**. 3. Ed. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001.

TEIXEIRA, Rubens de França; PACHECO, Maria Eliza Côrrea. Pesquisa social e a valorização da abordagem qualitativa no curso de administração: a quebra de paradigmas científicos. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo : FEA/USP, v.12, n.1, p. 55-68, jan/mar 2005.

**TREINAMENTO INTERNACIONAL EM “ENFOQUES ECOSSISTÊMICOS EM SAÚDE HUMANA: AVALIAÇÃO E GERENCIAMENTO DA POLUIÇÃO AMBIENTAL**. Fórum internacional eco-saúde. 2006. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/media/edital\\_ecosaude.pdf](http://www.fiocruz.br/media/edital_ecosaude.pdf)>. Acesso em: 21 abr. 2008.

**UN PEU D’HISTOIRE**. Um pouco de história do SAMU francês. Disponível em: <[http://www.samu-de-france.fr/fr/vie\\_samu/presentation](http://www.samu-de-france.fr/fr/vie_samu/presentation)>. Acesso em 21 abr. 2008.

VÄISÄNEN, Olli. **Prehospital Management of Acute Myocardial Infarction in a Helicopter-Based Emergency Medical Service System**. *Academic dissertation present to Department of Anesthesiology and Intensive Care Medicine University of Helsinki, Finland*. 2005.

VARISCO, Alessandra Gomes. **Evolução dos direitos humanos nas constituições brasileiras**. Disponível em: <[http://www.abdir.com.br/doutrina/ver.asp?art\\_id=851&categoria=Teoria Geral do Direito Constitucional](http://www.abdir.com.br/doutrina/ver.asp?art_id=851&categoria=Teoria Geral do Direito Constitucional)> Acesso em :12 de outubro de 2008.

WESTPHAL, M. F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

ZANGRANDO, Carlos Henrique da Silva. **Resumo do Direito do Trabalho**. 5. ed. Rio de Janeiro: Edições Trabalhistas, 2000.

## ANEXOS

## ANEXO 1: CONVÊNIO QUE INSTITUI O SAMU NO ESTADO DO AMAPÁ



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVÊNIO Nº 008 /2006- GEA / PMM

**CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE ENTRE SI CELEBRAM O GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ – GEA E A PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ - PMM, COM A INTERVENIÊNCIA DA SESA – AP E SEMSA -PMM, PARA OS FINS NELE DECLARADOS.**

Pelo presente instrumento público de Convênio, e nos melhores termos de direito, de um lado o **GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ - GEA**, pessoa jurídica de direito público, representado neste ato pelo Excelentíssimo Governador do Estado, Sr. **ANTONIO WALDEZ GOÊS DA SILVA**, brasileiro, casado, portador da C.I. nº 262090-AP e do CPF nº 126.175.552-91, residente e domiciliado nesta Capital, e de outro, a **PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ - PMM**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Av. FAB, 840-centro, nesta Capital, inscrita no CGC(MF) sob o nº 05.995.766/0001-77, representada neste ato pelo Excelentíssimo Prefeito, Sr. **JOÃO HENRIQUE RODRIGUES PIMENTEL**, brasileiro, casado, portador da C.I. nº 68.279-AP e do CPF nº 066.963.252-04, residente e domiciliado nesta capital, resolvem celebrar entre si o presente **CONVÊNIO** de cooperação técnica e financeira, de conformidade com as cláusulas e condições a seguir discriminadas, tendo como **INTERVENIENTES** a **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESA**, representada por seu titular **Sr ABELARDO DA SILVA VAZ**, Médico, brasileiro, casado, portador da C.I.424.826-PA do CPF nº 001.168.742-87, residente e domiciliado nesta capital e a **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMSA**, representada pelo seu titular o Sr. **GILSON UBIRATAN ROCHA**, Médico, brasileiro, casado, portador da C.I.252.339-AP e CPF. Nº 044.405.102-30, residente e domiciliado nesta capital, resolvem celebrar o presente **CONVÊNIO** na conformidade das Cláusulas e condições seguintes, que se obrigam a cumprir e respeitar.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO FUNDAMENTO LEGAL:** O presente **CONVÊNIO** tem respaldo legal no disposto do artigo 25 da Constituição Federal, combinado com o § 4º do Art. 12, Art.116 e Art. 123 incisos IV todos da Constituição do Estado do Amapá, e as Portarias GM/MS nº 1828 de 2 de setembro de 2004; GM/MS nº 1863 de 29 de setembro de 2003; GM/MS nº 1864 de 29 de setembro de 2003 e GM/MS nº 2048 de 5 de novembro de 2002.

**CLAUSULA SEGUNDA - DO OBJETO:** O presente **CONVÊNIO** tem por objeto a Cooperação técnica entre o Governo do Estado do Amapá e a Prefeitura Municipal de Macapá, visando ao funcionamento pleno do Serviço de Atenção Móvel de Urgência – SAMU – 192.



**CLAUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA:** O presente **CONVÊNIO** terá vigência de 12 (doze) meses, a partir de sua assinatura, podendo ser prorrogado conforme interesse das partes e nos termos da legislação aplicável.

**CLAUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES:** São obrigações das partes aquelas designadas no Termo de Compromisso perante o Ministério da Saúde, que se refere à implantação do SAMU 192 Metropolitano do Amapá (documento de fls. 14 a 16 dos autos nº 2006/42520, que tramita na Secretaria de Saúde do Estado do Amapá).

#### **I - DO GOVERNO DO ESTADO:**

- a) Assegurar o funcionamento do Comitê Gestor do Sistema Estadual de Atenção às Urgências do Estado do Amapá, criado através da Portaria nº 042/05 – SESA;
- b) Coordenar a elaboração do Projeto SAMU-192- Metropolitano do Estado do Amapá em cooperação com a Prefeitura Municipal de Macapá que se situa em sua área de abrangência;
- c) Através da cooperação do Corpo de Bombeiros do Estado Amapá, serão disponibilizados treinamentos e atuação nos casos traumáticos, quando solicitados, sempre em consonância com as orientações emanadas da Central de Regulação Médica do SAMU – 192 Metropolitano do Amapá.
- d) Responsabilizar – se, através da SESA, AP, pela implantação da Central de Regulação Médica e das duas Unidades de Suporte Avançado – USA, excetuado o que consta da letra “c”, item “II”, (Da Prefeitura Municipal de Macapá).
- e) Assegurar os recursos humanos para o regular funcionamento do SAMU-192 Metropolitano do Amapá, disponibilizando uma equipe de profissionais discriminados no Plano de Trabalho anexo, integrante deste Convênio.

#### **II - DA PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ:**

- a) Colaborar para o pleno funcionamento do Comitê Gestor do Sistema Estadual de Atenção às Urgências do Estado do Amapá, através da representação do município na sua composição constituída pelo Presidente e/ou Representante do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde – COSEMS-AP;
- b) Investir os recursos financeiros do SAMU-192 Metropolitano do Amapá, transferidos pelo Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, no valor de R\$ 12.500,00 / mês, por cada Unidade de Suporte Básico exclusivamente para manutenção das mesmas;
- c) Reformar e adaptar a Central de Regulação Médica com recursos que correrão por conta do Ministério da Saúde e Prefeitura Municipal de Macapá;
- d) Assegurar os recursos humanos para o regular funcionamento do SAMU-192 Metropolitano do Amapá, disponibilizando uma equipe de profissionais no Plano de Trabalho anexo, integrante deste Convênio.

**CLAUSULA QUINTA - DOS CUSTOS OPERACIONAIS E RESPECTIVOS RESPONSÁVEIS:**  
Para a consecução dos objetivos deste Convênio não haverá repasse de recursos. Cada participe concorrerá com recursos próprios dos respectivos orçamentos.

**SUBCLÁUSULA ÚNICA:** Para o custeio do SAMU-192 Metropolitano do Amapá, conforme definido no Termo de Cooperação Técnica firmado em 15 de março de 2006 e de acordo com



as Portarias nº 1864/03 e 2048/02/GM/MS, será assegurado pelo Ministério da Saúde através de repasse – Fundo a Fundo, nos seguintes valores: R\$ 19.000,00 para Central de Regulação Médica, R\$ 27.500,00 para cada Unidade de Suporte Avançado – USA e R\$ 12.500,00 para cada Unidade de Suporte Básico – USB. Cabendo ao Estado do Amapá administrar os recursos correspondentes a Central de Regulação Médica e as USA's e ao Município administrar os recursos correspondentes as USB's (documento de fls. 14 a 16 dos autos nº 2006/42520, que tramita na Secretaria de Saúde do Estado do Amapá).

**CLAUSULA SEXTA - DA ALTERAÇÃO:** O presente **CONVÊNIO** poderá ser alterado:

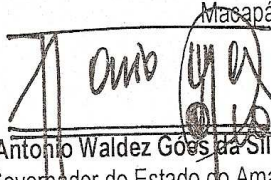
- a) Este **CONVÊNIO** poderá ser alterado a qualquer tempo, mediante assinatura de Termo Aditivo, desde que não seja modificado o seu objeto ou as metas.

**CLAUSULA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO:** Este **CONVÊNIO** deverá ser publicado em resumo no Diário Oficial do Estado do Amapá, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data da assinatura, consoante dispõe o parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666/93.

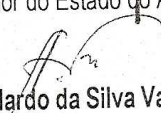
**CLAUSULA OITAVA - DO FORO:** Para dirimir as dúvidas advindas do presente instrumento, fica eleito o Foro da Comarca de Macapá, Estado do Amapá com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.


Por estarem justos e acordados, assinam este instrumento legal, em 03 (três) vias de iguais teor e forma, para o mesmo fim de direito, o **GOVERNO DO ESTADO**, e a **PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAPÁ** e os respectivos **INTERVENIENTES** na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Macapá-AP, 30 de junho de 2006.

  
Antonio Waldez Gomes da Silva  
Governador do Estado do Amapá

  
João Henrique Rodrigues Pimentel  
Prefeito Municipal de Macapá

  
Abelardo da Silva Vaz,  
Secretário de Estado da Saúde  
**INTERVENIENTE DO ESTADO**

  
Gilsón Ubiratan Rocha  
Secretário Municipal de Saúde  
**INTERVENIENTE DO MUNICÍPIO**

Testemunhas:

1. 

2. \_\_\_\_\_


## APÊNDICES

### APÊNDICE 1 – Termo de consentimento esclarecido 1

**TERMO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO**

Declaro que fui avisado de que o conteúdo colhido a título informativo tem cunho eminentemente científico e o pesquisado tem livre vontade para autorizar a utilização das informações contidas para os fins a que se presta.

Macapá, 23 SET 08

  
Assinatura

Nome: ADEMIR RODRIGUES DOS SANTOS  
CI: 607442-60/CBM-AP  
CPF: 165675011-20

## APÊNDICE 2 – Termo de consentimento esclarecido 2

## TERMO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Declaro que fui avisado de que o conteúdo colhido a título informativo tem cunho eminentemente científico e o pesquisado tem livre vontade para autorizar a utilização das informações contidas para os fins a que se presta.

Macapá, 25/09/08.

  
Assinatura

Nome: MARIA VERA Lúcia dos Santos Souza

CI: 178.299 AP

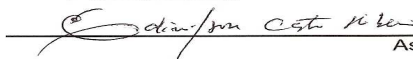
CPF: 170.054.932.49

## APÊNDICE 3 – Termo de consentimento esclarecido 3

## TERMO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Declaro que fui avisado de que o conteúdo colhido a título informativo tem cunho eminentemente científico e o pesquisado tem livre vontade para autorizar a utilização das informações contidas para os fins a que se presta.

Macapá, 02 out 08.

 \_\_\_\_\_  
Assinatura

Nome: EDINILSON CASTRO PEREIRA

CI: 458408 MALR

CPF: 3638 2574287  
DIRETOR - HE

## APÊNDICE 4 – Termo de consentimento esclarecido 4

## TERMO CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Declaro que fui avisado de que o conteúdo colhido a título informativo tem cunho eminentemente científico e o pesquisado tem livre vontade para autorizar a utilização das informações contidas para os fins a que se presta.

Macapá 24/09/08

Rosilene das Neves Pinheiro

Assinatura

Nome: Rosilene das Neves Pinheiro

CI: 8.925.513 SSP/SP

CPF: 702.393.208-91