

Universidade de São Paulo - USP
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP
Faculdade de Economia e Administração - FEA

**SAMU de Ribeirão Preto: avaliação do processo da transição
de sua abrangência municipal para a cobertura regional e
seus impactos**

Dissertação apresentada à Faculdade de Economia e Administração (FEA) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Mestrado Profissional em Gestão em Organizações de Saúde.

Aluno: Marcelo Marcos Dinardi

Orientador: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Jr

Ribeirão Preto

2017

Marcelo Marcos Dinardi

SAMU de Ribeirão Preto: avaliação do processo da transição de sua abrangência municipal para a cobertura regional e seus impactos

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Economia e Administração (FEA) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Junior

Ribeirão Preto

2017

Dinardi, Marcelo Marcos

SAMU de Ribeirão Preto: avaliação do processo da transição de sua abrangência municipal para cobertura regional e seus impactos
112p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Junior

Atendimento pré-hospitalar, sistema de atendimento de urgência, urgência.

Nome: DINARDI, Marcelo Marcos

Título: SAMU DE RIBEIRÃO PRETO: avaliação do processo de transição de sua abrangência municipal para a cobertura regional e seus impactos

Dissertação apresentada à Faculdade de Economia e Administração (FEA) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

À DEUS que sempre mostrou-se solidário a minha pessoa em qualquer e toda circunstância.

AGRADECIMENTOS

A minha grande família que estão em constante simbiose com minhas emoções, sucessos e frustrações.

Ao Prof. Gerson que soube compreender e tanto trabalhou para finalização deste projeto

Às minhas amigas Helena e Maria Tereza que muito colaborou para a realização deste projeto

Ao querido Dr. Stênio Miranda sempre amável, compreensivo e competente profissional que deixa um legado de discípulos prontos e aptos a gestão.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente você estará fazendo o impossível.”

Francisco de Assis

RESUMO

DINARDI, Marcelo Marcos. **SAMU DE RIBEIRÃO PRETO: avaliação do processo de transição de sua abrangência municipal para a cobertura regional e seus impactos.** 2017. 108 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão em Organizações de Saúde) – Faculdade de Economia e Administração (FEA) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Ribeirão Preto, 2017.

O SAMU brasileiro utiliza o modelo francês e opera com uma Central Única de Regulação Médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada na composição das equipes de socorro e unidades móveis como USBs (Unidade de Suporte Básico) e USAs (Unidade de Suporte Avançado) que variam de acordo com o tipo de gravidade do evento agudo de saúde. Na cidade de Ribeirão Preto o serviço do SAMU, implantado em 1996, era municipal até 2012, porém houve a necessidade da transição do SAMU Municipal para o SAMU Regional, com um único número (192) para os 26 municípios do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII) e instituição de três bases para unidades de suporte avançado de vida nos municípios polos microrregionais (Ribeirão Preto, Sertãozinho e Batatais). Com base nessas informações, este estudo visou caracterizar a estrutura e funcionamento do SAMU Municipal e sua Central de Regulação de Urgência; os parâmetros utilizados na transição para a atual estrutura e funcionamento do SAMU Regional e os resultados assistenciais que essa mudança ocasionou ao longo do tempo de sua implantação (2013 a 2016). Os resultados mostraram que antes de sua regionalização a média de 35.104 atendimentos totais anuais nos anos de 2006 a 2008, e após a regionalização no período de 2013 a 2106 houve um aumento expressivo no número de atendimentos com uma média total de 134.315 atendimentos, o que representa um aumento de 382,62%, com cerca de 28,20% das ligações atendidas gerando a necessidade de despacho de ambulâncias, o aumento gradativo do número de transporte de pacientes de 2013 à 2016, respectivamente 31.494, 57.814, 61.612 e 70.407, deu-se principalmente em virtude do incentivo de transporte por meios próprios de 768 (2,44%) em 2013 para 26.512 (37,65%) em 2016. Após a regionalização o uso da USA aumentou 25,91%. Os CIDs mais atendidos foram: Acidente Vascular Encefálico (AVE), não especificado como hemorrágico ou isquêmico; Pneumonia por microorganismos não especificados; Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); e Dor abdominal e pélvica. Conclui-se que a regionalização do SAMU do DRS XIII conseguida por meio do

consórcio intermunicipal, trouxe vários benefícios para a saúde de todos os municípios que o compõe, na tentativa de reduzir o início do tratamento do paciente, melhorando a abrangência e a qualidade do atendimento.

Palavras chave: Atendimento pré-hospitalar, Sistema de atendimento de urgência, urgência

ABSTRACT

DINARDI, Marcelo Marcos. **SAMU DE RIBEIRÃO PRETO: avaliação do processo de transição de sua abrangência municipal para a cobertura regional e seus impactos.** 2017. 108 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão em Organizações de Saúde) – Faculdade de Economia e Administração (FEA) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Ribeirão Preto, 2017.

The Brazilian prehospital service (SAMU) uses the French model and operates with a regionalized, hierarchical and decentralized Urgency Regulatory Center in the composition of rescue teams and mobile units such as USBs (Basic Support Unit) and USAs (Advanced Support Unit) that vary according to with the type of severity of the event. In the city of Ribeirão Preto, the SAMU service, implemented in 1996, was municipal until 2012, but there was a need to transition from SAMU Municipal to SAMU Regional, with a single number (192) for the 26 municipalities of the Regional Health Department of Ribeirão Preto (DRS XIII) and institution of three bases for advanced life support units in the micro-regional municipalities (Ribeirão Preto, Sertãozinho and Batatais). Based on this information, this study aimed to characterize the structure and functioning of the Municipal SAMU and its Emergency Regulation Center; the parameters used in the transition to the current structure and functioning of the Regional SAMU and the assistance results that this change caused during the time of its implementation (2013 to 2016). The results showed that before their regionalization the average of 35,104 total annual visits in the years 2006 to 2008, and after the regionalization in the period from 2013 to 2016 there was an expressive increase in the number of attendances with a total average of 134,315 attendances, which represents an increase of 382.62%, with approximately 28.20% of the connections served generating the need for ambulance dispatch, the gradual increase in the number of patients transport from 2013 to 2016, respectively 31,494, 57,814, 61,612 and 70,407, was mainly due to the incentive of own transportation of 768 (2.44%) in 2013 to 26,512 (37.65%) in 2016. After the regionalization the use of the USA increased by 25.91%. The most attended CIDs were stroke, not specified as hemorrhagic or ischemic; Pneumonia by unspecified micro-organisms; Acute Myocardial Infarction (AMI); and Abdominal and pelvic pain. It is concluded that the regionalization of SAMU of DRS XIII, brought several health benefits to all the

municipalities that compose it, increasing the beginning of the treatment of the patient, improving the coverage and quality of care.

KEY WORD: Pre-hospital care, Emergency care system, urgency.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Itens de repasse financeiro segundo as Portarias nº1010, de 21 de maio de 2012 do Ministério da Saúde. *Repasse mensal. Ribeirão Preto, 2017.....	54
Tabela 2 – Microrregiões do DRS XIII, mostrando o conjunto de suas cidades (destaque para as cidades polo em negrito) e a população estimada (e percentual) pelo IBGE em 2016. Ribeirão Preto, 2017.....	66
Tabela 3 – Custo total e per capita do SAMU Regional de Ribeirão Preto.....	74
Tabela 4 – Custo operacional discriminado e per capita do SAMU Regional de Ribeirão Preto.....	76
Tabela 5 – Custo total per capita da Central de Regulação de Urgência do SAMU Regional de Ribeirão Preto.....	76
Tabela 6 – Custo total e per capita das Unidades de Suporte Avançado do SAMU Regional de Ribeirão Preto.....	76
Tabela 7 – Número mensal de atendimentos do SAMU 192 do DRS XIII, durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, no Município de Ribeirão Preto, diferenciando os atendimentos de “Socorro” e “Transporte”. Ribeirão Preto, 2017.....	88
Tabela 8 – Variação anual do número total de atendimentos do SAMU 192 do DRS XIII, durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, no Município de Ribeirão Preto, diferenciando os atendimentos de “Socorro” e “Transporte”. Ribeirão Preto, 2017.....	89
Tabela 9 – Tipos de transportes divididos por regiões do DRS XIII no ano de 2013. Ribeirão Preto, 2017.....	90

Tabela 10 – Tipos de transportes divididos por regiões do DRS XIII no ano de 2014. Ribeirão Preto, 2017.....	90
Tabela 11 – Tipos de transportes divididos por regiões do DRS XIII no ano de 2015. Ribeirão Preto, 2017.....	91
Tabela 12 – Tipos de transportes divididos por regiões do DRS XIII no ano de 2016. Ribeirão Preto, 2017.....	91
Tabela 13 – Variação anual do número total de atendimentos do SAMU 192 do DRS XIII, durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, no Município de Ribeirão Preto, nos atendimentos de “Transporte” entre o uso da USA e USB. Ribeirão Preto, 2017.....	92

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Atendimentos do SAMU 192 da DRS XIII, realizados nos anos de 2006, 2007 e 2008, no município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2017.....86
- Gráfico 2** – Número de ligações para a Central de Regulação de Urgências (192), com destaque para aquelas que tiveram despacho de ambulâncias durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, para todos os municípios da DRS XIII. Ribeirão Preto, 2017.....88
- Gráfico 3** – Principais CID’s atendidos no ano de 2013 no DRS XVIII pelo SAMU 192. Ribeirão Preto, 2017.....93
- Gráfico 4** – Principais CID’s atendidos no ano de 2014 no DRS XVIII pelo SAMU 192. Ribeirão Preto, 2017.....93
- Gráfico 5** – Principais CID’s atendidos no ano de 2015 no DRS XVIII pelo SAMU 192. Ribeirão Preto, 2017.....94
- Gráfico 6** – Principais CID’s atendidos no ano de 2016 no DRS XVIII pelo SAMU 192. Ribeirão Preto, 2017.....94
- Gráfico 7** – Número de ligações “Regulação” que houveram despacho de transporte, com separação entre “Transporte”, “Socorro” e o transporte do próprio paciente, durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, para toda DRS XIII, Ribeirão Preto, 2017.....95

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Relação das principais Legislações Federais que estabelecem relação com Política Nacional de Urgências. Fonte: Sistema SaudeLegis. Elaboração do autor. **Legenda:** QualiSUS: Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde. CGUE/DAE/SAS/MS: Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde. UPA: Unidades de Pronto Atendimento. SE: Salas de Estabilização.....45
- Quadro 2** – Municípios que compõem o território de abrangência da central de regulação médica de urgências do SAMU 192 - Regional de Ribeirão Preto (SP). Fonte: Portaria nº 1034, de 24 de maio de 2012.70
- Quadro 3** – Descritivo do valor atualizado com a qualificação da Central de Regulação do SAMU Regional de Ribeirão Preto.....73
- Quadro 4** – Descritivo dos valores atualizados com a qualificação das Unidades de Suporte Básico e Avançado do SAMU Regional de Ribeirão Preto.....73
- Quadro 5** – Descritivo dos documentos utilizados para análise histórica do SAMU de Ribeirão Preto e de sua transição de serviço municipal para regional.....81

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Evolução do percentual de cobertura populacional do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2012 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.....50
- Figura 2** – Evolução geográfica da cobertura populacional do SAMU 192 em todo território brasileiro em 2012 (A) e 2017 (B). Fonte: Portal da SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde).....51
- Figura 3** – Evolução do número de municípios e das unidades móveis (ambulâncias básicas e avançadas) habilitadas do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2013 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.....52
- Figura 4** – Evolução das unidades móveis (motolâncias, embarcações e aeromédicos) habilitadas do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2013 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.....52
- Figura 5** – Distribuição do número de unidades móveis (ambulâncias, motolâncias, embarcações e aeromédicos) habilitadas do SAMU 192 em cada estado do país em 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.....53
- Figura 6** – Evolução dos valores transferidos fundo a fundo para o programa SAMU 192 em todo o território nacional entre 2004 e 2017. Fonte: Fundo Nacional de Saúde - FNS/MS.....55
- Figura 7** – Distribuição espacial do Sistema SAMU 192 em Ribeirão Preto no ano de 2005. Fonte: Souza (2005).....65
- Figura 8** – Divisões geográficas das microrregiões do DRS XIII com suas respectivas cidades polo: Aquífero Guarani (Ribeirão Preto), Horizonte Verde (Sertãozinho) e Vale das Cachoeiras (Batatais).....66

LISTA DE SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde
CIR	Conselho Inter-gestores Regionais
CGUE/DAE/SAS/MS	Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde
CURM	Central Única de Regulação Médica
DPVAT	Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
DRS XIII	Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto
FEA	Faculdade de Economia e Administração
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GM	Gabinete do Ministro
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel Urgência
SAMDU	Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica
USA	Unidade de Suporte
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	19
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1. Evolução e aspectos históricos dos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar.....	24
2.2. A organização do atendimento às urgências e seus diferentes modelos de atenção.....	29
2.3. A organização do Sistema Brasileiro de Atenção às Urgências e Emergências.....	35
2.4. A evolução da cobertura populacional e situação atual do SAMU 192 e Centrais de Regulação no Brasil.....	49
3. OBJETIVOS.....	56
3.1. Objetivo Geral.....	56
3.2. Objetivo Específico.....	56
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	57
4.1. Tipo de Estudo.....	57
4.2. Período do estudo.....	58
4.3. Cenário de estudo.....	58
4.4. População e Amostra.....	59
4.5. Análise Estatística.....	60
4.6. Aspectos Éticos.....	60
5. RESULTADOS	61
6. DISCUSSÃO.....	97
7. CONCLUSÕES.....	106
REFERÊNCIAS.....	111
ANEXOS.....	112

1. INTRODUÇÃO

As crescentes taxas de morbimortalidade por agravos de origem cardio e cerebrovascular, bem como por causas externas transformaram os atendimentos de urgência em saúde em um grande desafio para todos os países (ORTIGA; LACERDA; CALVO, 2016). Concomitantemente, as pressões sobre os serviços de urgência também aumentaram no mundo inteiro devido às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais que, por sua vez concorrem para crescimento da agudização de enfermidades crônicas e situações de agravos agudos. Nesse contexto, muitos países se viram diante da necessidade de organizar sistemas para atendimento às demandas de urgências traumáticas e não traumáticas, utilizando-se modelos distintos (MACHADO; SALVADOR; O`DWYER, 2011).

Ao longo dos anos, diversas foram as propostas e sistemas implementados e desenvolvidos no mundo, em especial nos países ricos para o enfrentamento desses agravos (SCARPELINI, 2007). Em geral, tais sistemas apresentam bons resultados, pois cursam com redução de taxas de morbidade e mortalidade, ressaltando-se que nenhum desses modelos possui comprovadamente eficácia superior (MACHADO; SALVADOR; O`DWYER, 2011).

Dentre as diferentes propostas de enfrentamento às urgências, destaca-se o atendimento pré-hospitalar (APH), que consiste em toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, nos primeiros minutos após a ocorrência do agravo à sua saúde, seja ele traumático ou não traumático (LOPES; FERNANDES, 1999; BRASIL, 2002).

Historicamente, grande parte dos autores destacam dois grandes modelos de APH, utilizando como parâmetros os aspectos geográficos e características organizacionais, sendo estes os modelos franco-germânico e anglo-americano, ressaltando-se que existem diferenças

consideráveis entre esses dois sistemas (DYKSTRA, 1997; ARNOLD, 1999; ADNET; LAPOSOLLE, 2004).

O modelo anglo-americano trabalha com técnicos em emergências médicas e não conta com a presença do médico, propõe-se a remoção rápida do paciente do local de atendimento para o hospital (PONZER, et. al., 2004; SCARPELINI, 2007; GUSMÃO FILHO, 2008). O modelo franco-germânico, que é medicalizado (tem médico na ambulância de suporte avançado), permite o início precoce da terapêutica durante o atendimento em cena (SCARPELINI, 2007; GUSMÃO FILHO, 2008).

No Brasil, em relação a organização de um Sistema de Atenção às Urgências e Emergências (SAUE), embora registrem-se algumas experiências locais ou loco-regionais, originárias notadamente de iniciativas de governos municipais, foi somente em meados da década de 1990 que surgiram as primeiras iniciativas ministeriais para efetivar sua implantação como um subcomponente devidamente organizado e inserido no SUS (TANNEBAUM et al., 2001; GUSMÃO FILHO, 2008).

Como um marco inicial para essa organização, segundo destaca Gusmão (2008), tem-se a implantação do componente pré-hospitalar por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em algumas regiões metropolitanas nos moldes do modelo franco-germânico de atenção às urgências. Para o autor, a partir deste marco o Ministério da Saúde (MS) passa desenvolver uma série de programas e políticas com o objetivo de estruturar um sistema de atenção específico para urgências e emergências, culminando na criação do Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e no lançamento da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), em 2003.

O sistema de atenção às urgências e emergências emergiu no Brasil como um modelo híbrido, associando características dos modelos franco-germânico e anglo-americano, tendo seu componente pré-hospitalar fortemente inspirado no modelo francês, prestando atendimento por meio de ambulâncias medicalizadas, contando com equipe multiprofissional, chefiadas por médico e coordenadas por uma central de regulação, responsável pela triagem e continuidade do tratamento em qualquer um dos componentes da rede de assistência à saúde (TANNEBAUM et al., 2001; SANTOS et al., 2003; MINAYO; DESLANDES, 2008).

Essa estrutura foi regulamentada em 2002, quando o Ministério da Saúde instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência por meio da Portaria GM nº 2.048/2002, na qual estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, suas normas de funcionamento, classificação e critérios para a habilitação dos serviços que compõem os Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, incluindo assim o componente pré-hospitalar móvel, sob o comando de uma Central de Regulação Médica (BRASIL, 2002; GUSMÃO FILHO, 2008).

Tais Centrais de Regulação Médica, no âmbito do APH móvel, estavam atreladas ao formato de implantação desse componente, e embora sendo previsto na Portaria GM nº 2048/2002 que estas centrais pudessem estar estruturadas em nível municipal, estadual ou regional, acabaram seguindo o ordenamento natural de expansão dos SAMUs que, a princípio foram em sua maioria configurados sob gestão municipal, tendo como abrangência de atendimento apenas o próprio município, culminando assim com diversas Centrais de Regulação em um único estado (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

Portanto, no início predominou a adesão de municípios isoladamente, mas depois observou-se que a preocupação com a gestão regional do SAMU cresceu. Esse cenário de

modificações teve grande impulso em 2008, quando visando fomentar a regionalização do SAMU com a finalidade de ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel em todo o território nacional, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM nº 2970, estabelecendo investimento e custeio para regionalização dos SAMUs já implantados e para a implantação de novos SAMUs regionais (BRASIL, 2008; MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

Com esse movimento no cenário nacional, houve um processo de otimização de recursos e a ampliação da cobertura e do acesso, seguindo uma lógica de enxugamento das centrais de regulação. No processo de regionalização, havia uma lógica de prioridade para propostas de agrupamento de centrais municipais já existentes, a fim de configurar centrais regionais, seguida de centrais municipais ou regionais já existentes, com proposta de incorporação de novos Municípios e de novas centrais de caráter regional (BRASIL, 2008).

O movimento em favor da regionalização do SAMU seguiu se fortalecendo no cenário nacional, em alinhamento com o Pacto pela Vida, cuja premissa defende a regionalização de serviços de saúde como um dos pilares para a efetivação das diretrizes do SUS (universalidade, integralidade e equidade), e ainda mediante de uma série de Portarias, cujo escopo ressalta a regionalização como estratégia para ampliação do acesso às populações dos diversos municípios em todo o território nacional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013)

Assim, o número de SAMUs no Brasil aumentou progressivamente desde 2004 e, nesse processo, os serviços regionais ultrapassaram os municipais já em 2008, com crescimento progressivo desde então, traduzindo assim a preocupação do Ministério da Saúde em estimular uma organização regionalizada do SAMU, com o objetivo de incluir municípios menores nas redes de atendimento às urgências (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011; DIAS, 2016). Seguindo esse movimento da Política Nacional, em meados de 2012/2013, o serviço de

Atendimento Móvel SAMU de Ribeirão Preto, que seguia o modelo municipal, acabou por aderir ao processo de transição para um SAMU de base Regional para dar cobertura a todos os 26 municípios do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII).

Diante de uma série histórica de Portarias e Leis que no âmbito nacional regulamentam a Rede de Atenção às Urgências e que, conseqüentemente, vem redefinindo as diretrizes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação, com orientação para a regionalização destes serviços, frente a uma justificativa de ampliação do acesso, emerge a necessidade de se refletir sobre como vem se dando esse processo nos diversos espaços gestores, uma vez que embora constem em tais instrumentos regulamentadores uma série de orientações, sabe-se que na prática tais transições perpassam por questões amplamente complexas.

Nessa perspectiva, justifica-se o presente estudo partindo-se do pressuposto de que pouco se tem produzido na literatura sobre o processo de transição de serviços municipais para regionais, o que inclui para além do preconizado, uma série de ajustes políticos e econômicos que são indispensáveis ao êxito dessa transformação. Ainda pouco tem sido publicado sobre os reais impactos dessa transição, em termos de otimização de recursos, ampliação e qualificação do acesso e, melhoria do acesso ao cuidado. Assim, entende-se a relevância da presente pesquisa ao caracterizar o processo de transição do SAMU de Ribeirão Preto, de um modelo de abrangência municipal para o regional e investigar os impactos assistenciais que essa mudança ocasionou ao longo do tempo de sua implantação no período de 2013 a 2016.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Evolução e aspectos históricos dos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar.

A necessidade de um serviço para prestar assistência tão logo aconteça o incidente à saúde veio à tona, principalmente no período entre guerras, e as primeiras tentativas de organizar esse atendimento rápido e no local de ocorrência surgiu na França, por ocasião das Guerras Napoleônicas, em 1792. Dominique Larrey, cirurgião e chefe militar, praticava os cuidados iniciais aos pacientes vitimados nessas guerras no próprio campo de batalha, objetivando prevenir complicações e, dessa forma, começou a utilizar carroças no transporte de soldados feridos em conflito, promovendo medidas de socorro imediatamente, durante o deslocamento para os hospitais de campanha (LÓPEZ, 1989; VASCONCELOS, 2013).

Assim com o passar do tempo e com a experiência acumulada nesses conflitos, as equipes começaram a perceber que as chances de sobrevivência dos feridos em combate eram maiores quando o atendimento era realizado rapidamente, no próprio campo de batalha e por meio de ambulâncias. As guerras mais recentes também confirmaram os benefícios do atendimento precoce, sendo palco frequente de atendimentos pré-hospitalares (FONTANELA; CARLI, 1992; SANTANA; BOERY; SANTOS, 2009; DIAS, 2016).

Na prática civil, mesmo diante do aumento progressivo das perdas de vidas humanas por traumas advindos de causas externas, principalmente em acidentes de trânsito, registra-se uma demora das equipes médicas para uma mobilização e, dessa forma, as autoridades sanitárias inicialmente tiveram que delegar as responsabilidades deste serviço aos responsáveis pelos resgates (militares do Corpo de Bombeiros), retirando a característica sanitária deste atendimento (LOPES; FERNANDES, 1999).

Ao se pensar em um atendimento em cena para pacientes vítimas de trauma, a França foi pioneira, pois criou em 1955, a primeira equipe móvel de reanimação, tendo como missão a assistência aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e as transferências inter-hospitalares (LOPES; FERNANDES, 1999; CAMPOS, 2005).

A história do SAMU da França inicia-se em 1959, quando os médicos perceberam uma desproporção existente entre os meios disponíveis para o tratamento de doentes e feridos nos hospitais, e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes. Já nesse período constatando a necessidade de um treinamento adequado para as equipes de socorro e a importância da participação médica no local para aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes. Assim, definiram uma abordagem por meio de cuidados básicos e avançados essenciais, cuidados estes centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas (FONTANELA; CARLI, 1992).

Em 1965, surgiram oficialmente os Serviços de atendimento de urgência e reanimação (SMUR), dispondo agora das Unidades Hospitalares Móveis (UHM). Em 1968, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, surgia um centro de regulação médica dos pedidos, tendo as suas regras regulamentadas em decreto de 16/12/1987. As equipes das UHM passaram a deslocar profissionais médicos e tecnologias para o local onde aconteciam às ocorrências, propiciando assistência de qualidade até a chegada ao hospital, configurando, definitivamente, os princípios do atendimento pré-hospitalar (LOPES; FERNANDES, 1999; CAMPOS, 2005).

Nascia, assim, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência francês com os princípios do atendimento pré-hospitalar de auxílio médico urgente como atividade sanitária; as intervenções em cena devem ser rápidas, eficazes e com uso de meios adequados; a abordagem de cada caso deve ser, simultaneamente, médica, operacional e humana; as responsabilidades de cada

profissional e as inter-relações com os demais devem ser estabelecidas claramente; a qualidade dos resultados dependem, em grande parte, do nível de competência dos profissionais; a ação preventiva deve ser um complemento da ação de urgência (LOPES; FERNANDES, 1999).

Vale ressaltar que, posteriormente, no ano de 1989 em Lisboa foram proclamadas as bases éticas da regulação médica, num processo conhecido como *Declaração de Lisboa* (LOPES; FERNANDES, 1999).

Com os anos, em outros conflitos militares, as equipes médicas e não médicas começaram a perceber que o início do tratamento no local do acidente ou durante o transporte, aumentaria a sobrevivência das vítimas, porém essas teorias só começaram a ser aplicadas de modo coletivo na década de 1960 quando foi desenvolvido um programa de treinamento de Técnicos de Emergência Médica no corpo de bombeiros de Chicago (GUERRA, 2001).

Em 1966, os Estados Unidos (EUA) desenvolveram o Sistema de Urgências Médicas, que tem suas raízes históricas na experiência militar obtida na II Guerra Mundial, guerras da Coreia e do Vietnã, entre outras, com o intuito de servir como proposta de atendimento pré-hospitalar aos acidentados em rodovias federais. Neste aspecto, a proposta que surgiu preconizava remoção rápida do paciente do local do atendimento inicial, com seu transporte imediato para o local de tratamento definitivo (CAMPOS, 2005; SCARPELINI, 2008).

Durante o desenvolvimento do modelo, optou-se pela participação indireta dos médicos, os quais assumiram função de elaboração e supervisão dos protocolos, devendo a intervenção na cena ser realizada por técnicos em emergências médicas (*Emergency Medical Technician* - EMT) e paramédicos, atuando por meio de protocolos médicos e executando limitados procedimentos invasivos (SCARPELINI, 2008).

Em 1968, houve a centralização de todas as chamadas de emergência para o número telefônico 911, disponível a 99% da população com cobertura de 96% do território americano e, vale ressaltar que, embora a atividade de campo se limita-se quase que exclusivamente aos EMTs, a direção do sistema seria médica, com supervisão contínua da atividade dos demais profissionais para desenvolvimento de protocolos, controle de qualidade e educação continuada (CAMPOS, 2005; SCARPELINI, 2008).

No Brasil, as primeiras iniciativas para estruturação de um serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) tiveram início a partir de 1808, com a chegada da família real portuguesa, seguindo o modelo europeu da época, no qual as ambulâncias eram carruagens que eram mais um sistema de transportes do que um serviço de prestação de cuidados emergenciais (SÃO PAULO, 2001).

O serviço de APH começou a materializar-se de fato no Brasil somente em 1893, quando uma lei promulgada pelo Senado da República estabeleceu o socorro médico em vias públicas e a importação imediata de ambulâncias da Europa (RAMOS; SANNA, 2005).

No Rio de Janeiro, com iniciativa de organizações públicas e privadas, teve a criação do Socorro Médico de Urgência que deu início ao atendimento de emergência no Brasil, porém só em 1904 as leis para o atendimento de emergência no Brasil foram aprovadas e verbas para as demandas com ambulâncias foram repassadas. Apesar disso, os atendimentos ficaram restritos a existência de ambulâncias com apenas um condutor com a função de transportar os pacientes até o hospital mais próximo. Somente em 1910, no Estado de São Paulo, esta realidade começa a ser desconstruída, quando um decreto obriga a presença de médicos no local de incêndios e outros acidentes (GUERRA, 2001).

Com o passar dos anos o APH foi se modificando e, por volta da década de 50 foi implantado em São Paulo o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), órgão da então Secretaria Municipal de Higiene, cuja proposta era prestar uma assistência médica à distância, com o médico indo à residência do doente a fim de lhe prestar cuidados. Este modelo foi disseminado por alguns estados brasileiros, entretanto, por uma série de motivos esta atividade foi sendo desativada, mas historicamente é considerada como um embrião da atenção pré-hospitalar no Brasil (CABRAL, 2007).

Foi também no Estado de São Paulo, por volta de 1993, que a atenção pré-hospitalar nos moldes como ela é concebida atualmente teve início no Brasil, por meio de uma iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde que, numa ação conjunta com a Secretaria de Estado da Segurança Pública, propuseram-se a atender todas as solicitações de socorro urgente que entrassem pelo número telefônico 193 (MARÍLIA, 2003).

Em 1990, outro modelo de APH foi implantado o “Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência” (SIATE). Com o fim do SAMDU, os serviços de emergências enviavam as ambulâncias para remoção de pacientes em situações críticas, esses profissionais (motorista e padoleiro) não tinham o preparo específico (TIMERMAN, 2000).

Um acordo bilateral assinado entre o Brasil e França para a criação do SAMU, utilizou-se como ponto forte a presença do médico na ambulância, diferentemente do modelo americano, que utiliza paramédicos. Embora seguindo o modelo francês, o treinamento foi teoricamente embasado nas diretrizes do *Prehospital Trauma Life Support* (PHTLS) e do *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) (SANTOS et al., 2003; JARDIM, 2008).

O APH no Brasil sofreu influência dos modelos americano e francês, porém atualmente visando à unificação da estrutura e melhoria da assistência, optou por seguir o modelo francês,

que é centralizado em uma rede de comunicações e baseado na regulação médica, onde todas as chamadas passam por avaliação médica, definindo o melhor recurso a ser utilizado (LÓPEZ, 1989; FERRARI, 2006). A escolha do modelo utilizado é de grande importância, por isso vem sendo avaliado há anos (FERNANDES, 2004).

Os serviços de APH, atualmente, tem como ênfase medidas preventivas, redes de atendimento pré-hospitalar, serviços assistenciais hospitalares hierarquizados e centros de reabilitação (FERREIRA, 1999; BRASIL, 2002; FERNANDES, 2004;).

O APH é dividido em suporte básico (SBV) e suporte avançado de vida (SAV). O SBV é oferecido a vítimas supostamente com baixo risco de morte por profissionais de saúde (técnicos de enfermagem e condutores), utilizando medidas conservadoras e não-invasivas. O SAV é oferecido a pacientes com risco de morte por profissionais médicos e de enfermagem, utilizando medidas invasivas ou não (AMERICAN HEART ASSOCIATION , 2005; TIMERMAN, et.al., 2007; SANTANA, et. al., 2016).

2.2 A organização do atendimento às urgências e seus diferentes modelos de atenção.

Os serviços de urgência e emergência nos últimos anos vêm sofrendo intensa pressão demandada entre outras questões, pelo crescimento demográfico com transição epidemiológica devido ao envelhecimento populacional, pelo aumento expressivo das situações de urgência (agudização) decorrentes das afecções crônicas não transmissíveis, da morbimortalidade por doenças cardio e cerebrovasculares, e causas externas, principalmente dos traumas decorrentes de acidentes de transporte, das complicações decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, e da violência. Além disso, somam-se ainda as mudanças econômicas e da excessiva utilização dos serviços de urgência como porta de entrada, o que tem obrigado os diversos países a desenvolver

seus sistemas para o enfrentamento de urgências (SCARPELINI, 2007; CABRAL; SOUZA, 2008; (MACHADO; SALVADOR; O`DWYER, 2011; SANTOS et al., 2013).

Observa-se que esse aumento constante na demanda por serviços de urgência gera uma consequente pressão sobre as estruturas e profissionais em um sistema de difícil equilíbrio. Em virtude dessa realidade emerge o reconhecimento da demanda por organização e qualificação da atenção às situações de urgências, onde os sistemas acabam sendo organizados sob modelos distintos (MACHADO; SALVADOR; O`DWYER, 2011; SANTOS et al., 2013; MENDES, 2011; MARQUES, 2014).

Tais sistemas consistem em estruturas abrangentes que fornecem arranjos de pessoal, instalações e equipamentos para uma efetiva, coordenada e rápida oferta de serviços de saúde com atendimento seguro para vítimas de doenças ou lesões agudas. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Sistemas Médicos de Emergência (EMS) são uma parte integrante de qualquer sistema de cuidados de saúde eficaz e funcional. Seu objetivo se concentra em fornecer atendimento oportuno às vítimas de ferimentos e emergências súbitas com risco de óbito para impedir a mortalidade evitável ou morbidade a longo prazo (MOORE, 1999; AL-SHAQSI, 2010).

Esses sistemas de atendimento às urgências incluem abordagens pré e intra-hospitalar. Segundo a maioria dos autores o atendimento pré-hospitalar tem desenvolvido dois modelos principais de EMS com características distintas: o modelo anglo-americano e o franco-germânico (MINAYO; DESLANDES, 2008; MACHADO; SALVADOR; O`DWYER, 2011; AL-SHAQSI, 2010).

O modelo franco-germânico baseia-se na filosofia de permanência e estabilização no atendimento em cena (*stay and play*), permitindo o início precoce da terapêutica, com uma

perspectiva de levar recursos anteriormente somente utilizados no ambiente hospitalar aos pacientes atendidos no APH. Trata-se de um modelo baseado na atividade médica diretamente relacionada ao atendimento, sendo geralmente administrado por estes profissionais que, por sua vez, possuem vasto alcance de prática com tecnologia avançada (DYKSTRA, 1997; HUIYI, 2007; AL-SHAQSI, 2010).

Neste modelo o médico que está na Central de Regulação de Urgência assume o papel de Regulador, atendendo as demandas telefônicas determinando a gravidade presumida da situação e o recurso móvel mais adequado à complexidade do caso, enquanto outros médicos assumem o atendimento em cena nas unidades móveis, pois as equipes multiprofissionais que prestam atendimentos no local são comandadas por estes médicos. Aos bombeiros cabe o resgate de vítimas com lesões de baixa gravidade e manobras para a liberação nos casos de encarceramento (DYKSTRA, 1997; ARNOLD, 1999; ADNET; LAPOSOLLE, 2004; DUCASSE; BATTEFORT; BLEICHNER, 2006; SCARPELINI, 2007).

A ambulância com maior capacidade de resolução das situações agudas, chamada de Unidade de Suporte Avançado (Unidade de Terapia Intensiva Móvel), tripulada por condutor, enfermeira e médico, que tem a função de iniciar o processo diagnóstico e terapêutico. Tal modelo pode utilizar também outros métodos de transporte ao lado das ambulâncias terrestres, como helicópteros e ambulanchas (SCARPELINI, 2007; AL-SHAQSI, 2010).

Este modelo geralmente é uma parte de uma rede de atendimento às urgências mais amplo, onde o transporte do paciente ocorre após a discussão com a central de regulação, que define o serviço de saúde que receberá o paciente, geralmente de nível hospitalar, mais próximo e mais adequado para o tratamento definitivo (GOMES, 2004; AL-SHAQSI, 2010).

A filosofia *stay and play* permite o início precoce de algumas medidas terapêuticas, muitas vezes fundamentais para a boa evolução do paciente. Esta filosofia é amplamente implementada na Europa, tendo início na França em 1959, onde o atendimento de emergência pré-hospitalar é quase sempre fornecido por médicos de emergência que, uma vez presentes no campo, têm autoridade para fazer julgamento clínico complexo e tratar os pacientes, sendo assim muitas vítimas são tratadas no local do incidente. Esta mesma lógica de atendimento em cena com realização de procedimentos mais avançados que demandam tempo, recebe críticas com relação ao atendimento ao trauma, particularmente aqueles graves que em sua grande maioria necessitam de tratamento cirúrgico, e pouco pode ser feito do ponto de vista terapêutico na cena do acidente. Nesses casos, o retardo no transporte para o local de tratamento definitivo, em geral cirúrgico, pode ser fatal (SCARPELINI, 2007; AL-SHAQSI, 2010).

Neste modelo, a Medicina de Emergência, considerada uma atividade interdisciplinar, em geral não requer formação especializada, e o componente hospitalar praticamente inexistente, pois nesse modelo são poucos os hospitais que comportam serviços específicos de urgências e emergências (DYKSTRA, 1997; ARNOLD, 1999; ADNET; LAPOSOLLE, 2004; DUCASSE; BATTEFORT; BLEICHNER, 2006).

Atualmente este modelo é encontrado em diversos países além da França e Alemanha, como Espanha, Grécia, Malta, Portugal, Áustria e alguns países da África e América Latina (SCARPELINI, 2007; AL-SHAQSI, 2010).

O modelo anglo-americano possui uma atenção regionalizada e constituída basicamente por dois componentes: o hospitalar, representado por serviços propriamente ditos (*Emergency Medicine*), e o componente pré-hospitalar, com os denominados Serviços Médicos de Emergência (*Emergency Medical Services*), compostos por equipes de profissionais não médicos

especializados (*Emergency Medical Technician e Paramedics*), que prestam atendimento por meio de ambulâncias no local da ocorrência. Em contraste com o modelo franco-germânico, a proposta deste modelo é de remoção rápida do paciente (*scoop and run*) do local de atendimento para o hospital com menos intervenções pré-hospitalares (DYKSTRA, 1997; ARNOLD, 1999; GUSMÃO FILHO, 2008; AL-SHAQSI, 2010).

Possui como frequentes aliados os serviços de segurança pública, como policiais ou departamentos de bombeiros, ao invés dos serviços de saúde pública e hospitais. Os técnicos de emergência médica (EMTs) e os paramédicos treinados realizam a abordagem para o controle clínico. Depende fortemente da ambulância terrestre e menos em evacuação aérea ou ambulanchas (AL-SHAQSI, 2010).

Nesse modelo, a atuação de médicos se restringe aos hospitais e a especialidade de médico emergencista é reconhecida. Embora trata-se de um modelo norte-americano, também é adotado pelo Reino Unido e por outros países de influência britânica, como Canadá, Austrália e Nova Zelândia (DYKSTRA, 1997; ARNOLD, 1999).

Tais modelos, em suas particularidades, apresentam bons resultados, e contribuem significativamente diminuindo a morbidade e mortalidade, não havendo comprovação de maior eficácia de um determinado tipo (PINET, 2005; PONZER, et. al., 2004; SCARPELINI, 2007).

Se o atendimento pré-hospitalar deve envolver a intervenção na cena ou transferência simples para um hospital tem sido uma discussão controversa que, embora sustentada ao longo do tempo está desaparecendo, com o crescente entendimento, por um lado de que há uma série de intervenções significativas, de tempo crítico, que podem ser empregadas de forma segura antes do hospital, interrompendo processos patológicos e melhorando os resultados subsequentes e por

outro lado de que os casos de traumas graves precisam de rápida remoção para um centro cirúrgico hospitalar (WILSON et al., 2015).

A compreensão de que o início precoce de algumas medidas terapêuticas é reconhecidamente relevante para a boa evolução de algumas emergências clínicas, mas não para o atendimento ao trauma, sob a alegação de que pouco pode ser feito, do ponto de vista terapêutico na cena do acidente, segundo Wilson et al., (2015) vem se modificando, afinal muitas intervenções podem ser realizadas durante a transferência para o hospital, e de 15-32% das mortes por trauma podem ser evitadas com um bom gerenciamento do atendimento pré-hospitalar. Tradicionalmente, a pesquisa sobre a fase hiperaguda (a primeira hora) da doença tem sido muito difícil, principalmente porque os médicos raramente estão presentes e as questões de consentimento, conveniência de transporte e recursos de pesquisa. No entanto, é vital permitir a transferência de procedimentos do hospital para a fase pré-hospitalar, pois este é um período crucial, quando a patologia irreversível e a lesão secundária ao tecido neuronal e cardíaco pode ser prevenida. Os exames *point of care* de dosagem de exames bioquímicos, particularmente troponina, equilíbrio ácido-base e coagulação podem permitir medidas avançadas antes de mover o paciente. Os exames *point of care* de imagem podem ser utilizados em cena, particularmente com ultrassom portátil pode permitir que os médicos façam o diagnóstico com precisão de patologias traumáticas ou não traumáticas. Técnicas avançadas podem permitir um melhor controle de hemorragia (por exemplo, melhorias de ressuscitação por oclusão por balão endovascular da aorta) ou oxigenação sanguínea extracorpórea por membrana (WILSON et al., 2015).

A grande questão segue no retardo para o local de tratamento definitivo, pois a integração subsequente do cuidado ao longo da linha de atenção do paciente, o pré-alerta e o rastreamento

rápido de intervenções significativas iniciais no setor hospitalar de emergência é crucial para maximizar a sobrevivência do paciente e minimizar a morbidade e o risco de sequelas (WILSON et al., 2015).

Nesse contexto, embora as distinções categóricas entre esses dois modelos tenham ficado bem evidentes durante a década de 1970 até o final do século XX, atualmente observa-se que a maioria dos sistemas em todo o mundo tem composições variadas de cada um desses modelos (MINAYO; DESLANDES, 2008; AL-SHAQSI, 2010; MACHADO; SALVADOR; O`DWYER, 2011).

O modelo brasileiro, nessa perspectiva é considerado híbrido, associando características dos modelos franco-germânico e anglo-americano, tendo seu componente pré-hospitalar fortemente inspirado no modelo francês, prestando atendimento por meio de ambulâncias medicalizadas (TANNEBAUM et al., 2001; SANTOS et al., 2003; MINAYO; DESLANDES, 2008) e o modelo hospitalar contará com a presença do médico emergencista, uma vez que esta especialidade médica foi recentemente reconhecida (Pereira Júnior et al, 2015).

2.3 A organização do Sistema Brasileiro de Atenção às Urgências e Emergências.

A atenção às urgências tornou-se uma prioridade federal no Brasil em consequência do enorme desgaste vigente nos serviços hospitalares de urgência, entretanto, a construção de uma Rede de Atenção às Urgências (RAU) de âmbito nacional tem sido um processo complexo, demorado e permeado por vários acontecimentos (O`DWYER et al., 2017)

Um marco nesse processo de construção foi o surgimento em 1995 da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), uma associação da sociedade civil sem fins lucrativos composta por profissionais de gestão, gerenciamento e atenção às urgências médicas no País, que buscavam a formulação e aplicação das políticas, assim como o desenvolvimento de redes,

gerenciais e de trabalho no campo das urgências. Assim, no ano de 2000, profissionais pertencentes à RBCE mostraram em um congresso a falta de regulação sobre o tema e, a partir de então, um grupo de trabalho estabeleceu junto ao Ministério da Saúde. Este grupo criou as bases conceituais que instituíram a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), iniciando a discussão sobre esse nível de atenção com ampla participação de profissionais e gestores (O'DWYER, 2010; DIAS, 2016; O'DWYER et al., 2017).

O Conselho Federal de Medicina também contribuiu publicando a Resolução CFM 145 em 1995 determinando as normas mínimas para composição e funcionamento de serviços de pronto-socorro públicos e privados do país. Esta resolução trouxe as definições de urgência (“a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”) e de emergência (“a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”) (CFM, 1995).

Considerando a alta morbimortalidade relacionada à violência e aos acidentes de trânsito no Brasil e no mundo, um pontapé inicial se deu com o surgimento da Portaria nº 737/2001, do Ministério da Saúde, que promulgou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), estabelecendo diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, caracterizando-se como um instrumento orientador da atuação do setor saúde (BRASIL, 2005; DIAS, 2016).

Em 2002, foi também aprovada a Portaria nº 344, de 19 de fevereiro, com aprovação do “Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde” no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo era

implementar ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes de trânsito, mediante a mobilização do setor saúde, prefeituras e sociedade civil organizada, no sentido de promover mudança de hábitos, atitudes, valores culturais e situações ambientais que interferem na ocorrência dos acidentes de trânsito (BRASIL, 2002).

O estrangulamento dos serviços de saúde, principalmente, nas urgências dos grandes centros urbanos tendo um aumento exorbitante de internações por causas externas e desorganização dos fluxos assistenciais fez com que os gestores, juntamente ao Ministério da Saúde, formulassem mais ajustes nas leis, surgindo assim algumas regulamentações em direção a construção de uma Política Nacional de Atenção às Urgências (DIAS, 2016).

Em sequência, no período entre 1998 e 1999, surgiram algumas regulamentações contendo normas pontuais para a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência, com a Portaria GM nº 2923/1998, que instituiu o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência, e a Portaria GM nº 479/1999, criando mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999a).

A partir de 1999, a atenção às urgências passou a ser regulamentada pelo Ministério da Saúde (MS), considerando a necessidade de ordenar o acesso ao atendimento às urgências com garantia de acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para os casos de baixa e de média complexidade, estabilização quando necessária, e referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS, por meio de acionamento e intervenção das centrais de Regulação Médica (SANTOS et al., 2003).

Nesse mesmo período surgiu a publicação da primeira regulamentação voltada para o atendimento pré-hospitalar móvel, com a Portaria GM nº 824/1999, aprovando a normatização de atendimento pré-hospitalar em âmbito nacional, e ainda a Portaria GM nº 814/2001 estabelecendo conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências, e a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como daqueles que viessem a ser criados no País. Ainda que não existisse uma política nacional estruturada para a área, debates subsidiaram sua formulação, como as discussões sobre experiências internacionais, de municípios específicos e do Corpo de Bombeiros no atendimento às urgências no País (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2001; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Em 2003 foi implantada no Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006). A Atenção às Urgências proposta nesta política, enfatiza em primeira instância a humanização a que todo cidadão tem direito, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família, até os cuidados pós-hospitalares na convalescença, recuperação e reabilitação. Nesse mesmo ano, um acontecimento fundamental para apoio a implantação e efetivação dessa política e gestão da atenção às urgências foi a criação da Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE), no âmbito do Ministério da Saúde (MENDES, 2009; O'DWYER, 2010).

Várias Portarias marcam esse processo, entretanto, a Portaria nº 2048/2002 merece especial destaque, pois consiste em marco regulatório para o nosso SAUE, que traz o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e que entre suas considerações, ressalta que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Em seu escopo, regulamenta o atendimento dos Sistemas

Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência (BRASIL, 2002).

No ano seguinte, a área de Urgência dá mais um passo à frente, por meio da Portaria nº 1863/2003, instituindo a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) a ser implantada em todas as unidades federadas, definindo as competências das três esferas de gestão, e a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, por meio da implantação e implementação dos serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País (BRASIL, 2003a; SANTOS et al., 2003).

Em sequência foi também publicada a Portaria GM nº 1864/2003, considerando que as urgências precisavam de um olhar mais específico e, assim, instituiu o componente pré-hospitalar móvel como primeira etapa da PNAU, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do SUS (BRASIL, 2003b).

Essa portaria surge considerando a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel com estrutura e funcionamento adequados à legislação vigente (BRASIL, 2003b; DIAS, 2016).

Outra regulamentação que merece ser ressaltada nesse cenário de construção da PNAU, é Portaria nº 2.072 de 30 de outubro de 2003 que institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, definindo suas atribuições e responsabilidades, ressaltando que deva ser composto por

representações de vários órgãos e instituições envolvidas na atenção às urgência para se promover discussões e melhoria nesse setor (BRASIL, 2003c; MENDES, 2009).

Em 2004, é implantado o Decreto nº 5.055, de abril de 2004, que institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviço, ressaltando-se que em seu Art. 2º, estabeleceu o acesso nacional pelo número telefônico único – 192, exclusivo para as centrais de regulações médicas, em um acordo com a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), permitindo a gratuidade das ligações à população em situações de emergência (BRASIL, 2004a).

Com o incentivo para expansão do SAMU em Municípios e regiões do território nacional pelo Decreto nº 5.055/2004. Também foram publicadas a Portaria GM nº 1828/2004, que estabelece o incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios e regiões de todo o território nacional e a Portaria nº 1927/2004 que estabelece incentivo financeiro aos Estados e municípios qualificados pelo Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência no território nacional (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c).

A fim de garantir mais autonomia às Centrais de Regulação e organizar os fluxos de encaminhamentos, promulgou-se a Portaria GM nº 2.657/2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192 e a Central de Regulação Médica das Urgências. Também determinou que a Central garanta escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que ocorrem e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a

cada solicitação, assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, funcionando como um observatório privilegiado da saúde (BRASIL, 2004d).

Ainda em 2004, como uma das regulamentações relevantes para PNAU, tem-se a Portaria GM nº 2420/2004, que constituiu o Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS na abordagem dos episódios de morte súbita (BRASIL, 2004d).

Em conformidade com o Plano Nacional de Saúde, foi definida a chamada Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, denominada QualiSUS, por meio da Portaria GM nº 3.125/2006, cujas linhas de ação incluíam a Qualificação do Sistema de Urgência, tornando-se uma prioridade dessa Política, tendo como argumento que o atendimento de urgências nas grandes cidades é um dos pontos mais vulneráveis nos serviços de saúde, pois a grande maioria não estão devidamente organizadas para esse tipo de atendimento (BRASIL, 2006; MENDES, 2009).

Em 2008, emergem ainda Portaria nº 491/2008, que institui a Câmara de Assessoramento Técnico à CGUE/DAE/SAS/MS, para desenvolvimento de estudos, elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU, e a Portaria nº 2922/2008, que estabelece diretrizes para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências, define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Salas de Estabilização (SE) em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes (BRASIL, 2008a e BRASIL, 2008b).

Considerando a necessidade de extensão da cobertura do SAMU, e de ampliação ao acesso e a abrangência do serviço. Considerando ainda Portaria GM nº 399/2006, que divulga o Pacto pela Vida e que vem trabalhando a regionalização de serviços e sistemas de saúde como um dos pilares para a efetivação das diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e

equidade, surge também a Portaria GM nº 2970/2008, que definiu as diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU (BRASIL, 2008c)

Reconhecendo a necessidade de chegar ao cidadão nos primeiros minutos após o agravo, compreendendo que quanto menor o tempo resposta menor a morbimortalidade, além da disponibilização de ambulâncias em território brasileiro foi instituído pela Portaria nº 2.971, de 8 de dezembro de 2008, o veículo motolância como integrante da frota de intervenção do SAMU 192, e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio (BRASIL, 2008d).

Considerando a expansão da Rede Nacional SAMU 192 e a necessidade de dar retaguarda adequadamente estruturada, qualificada e pactuada ao atendimento pré-hospitalar móvel, e a prioridade de pactuação de diretrizes para financiamento de ações voltadas à organização da rede de atenção à urgência e emergência, a Portaria GM nº 1020/2009 surge estabelecendo diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo - UPA, visando a organização de redes locais de atenção integral às urgências (BRASIL, 2009).

Diante de tantas mudanças no cenário de atenção à saúde, na organização dos atendimentos às urgências e das necessidades da reorganização dos serviços frente à demanda e ao perfil dos atendimentos da saúde no Brasil e, considerando o avanço no processo de implementação do SUS com a evidente necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, foi instituída a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que determina a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde no país. Para isto foi necessária a reformulação da PNAU e, assim em 2011 foi expedida a Portaria nº 1.600, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a).

No seu Art. 4º, a Portaria nº 1600 traz a composição da Rede de Atenção às Urgências (RAU) formadas por: I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II - Atenção Básica em Saúde; III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; IV - Sala de Estabilização; V - Força Nacional de Saúde do SUS; VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII - Hospitalar; e VIII - Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011a).

Para implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação Médica das Urgências, como componente da RAU, e considerando a diversidade serviços implantados quanto à abrangência populacional e à extensão territorial, e a necessidade de extensão da cobertura do seu atendimento, surge a Portaria GM nº 2026/2011 e, logo em sequência, a Portaria nº 2301/2011, que alterou os arts. 35 e 40 da Portaria nº 2.026/2011 (BRASIL, 2011b e BRASIL, 2011c).

Em 2012, surge a Portaria GM nº 1010, de 21 de maio, que trouxe mudanças para as Centrais de Regulação e as unidades do SAMU, redefinindo as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências, trazendo a definição de vários termos para melhor compreensão da composição e função das Centrais de Regulação e das próprias bases do SAMU-192 e o processo de Regionalização (BRASIL, 2012).

Além disso, a Portaria 1.010 definiu os valores de incentivos financeiros para custeio, com melhoria destes, para cada tipo de suporte de atendimento, como também para manutenção das Centrais de Regulação (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre as Centrais de Regulação de Consultas e Exames, ou outra tipologia que vier a substituí-las,

e/ou Centrais de Regulação de Internações Hospitalares. Porém, no ano seguinte, revogou-se os valores de incentivos financeiros por meio da Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013, aumentando-os de acordo com quantidade populacional para a manutenção ou criação das Centrais de Regulação, como também, para custeio de ambulâncias, mostrando uma atenção e olhar voltado às necessidades do serviço através da melhoria desses repasses (BRASIL, 2013).

Considerando a Portaria nº 804/SAS/MS, de 28 de novembro de 2011, que estabeleceu a necessidade de identificar no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) as Centrais de Regulação Médica das Urgências e as equipes de atendimento das unidades de suporte básico, suporte avançado, atendimento aéreo, ambulância, motolância e veículo de intervenção rápida, surge a Portaria nº 356/2013, que definiu a Central de Regulação das Urgências como estrutura física constituída por profissionais capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, e ordenam o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção, determinando sua classificação em três subtipos: 1) ESTADUAL, utilizado para Central de Regulação de Gestão Estadual, tendo como abrangência de atendimento diversos municípios que não tem Central de Regulação das Urgências dentro do Estado; 2) REGIONAL para Central de Regulação de Gestão Municipal, tendo como abrangência de atendimento mais de um município em conformação regional, que não tem Central de Regulação das Urgências; e 3) MUNICIPAL, para Central de Regulação de Gestão Municipal, tendo como abrangência de atendimento apenas o próprio município.

Diante dessa série histórica de Portarias e Regulamentações, observa-se que temos uma Rede de Atenção às Urgências (RAU) ainda em construção e com necessidades de ajustes, uma

vez que mesmo depois de tantas alterações ainda caminhamos de forma inadequada em termos de qualidade e resolubilidade. Essa grande quantidade de publicações em um curto período de tempo, levando um documento a revogar o que teria sido publicado em outro de certa forma recente, embora seja para garantir melhorias no sistema, imprimiu grandes alterações que podem dificultar o acompanhamento de tudo que está sendo preconizado. Além disso, pouco se tem de registro sobre os impactos de tantas modificações e do próprio atendimento ofertado dentro dos parâmetros preconizados.

O Quadro 1 descreve a relação das principais Legislações Federais que estabelecem relação com Política Nacional de Urgências que foi sendo construída paulatinamente, definindo a situação atual de cada uma, se vigente ou revogada de forma parcial ou completa.

INSTRUMENTO	DATA DE PUBLICAÇÃO	EMENTA	SITUAÇÃO
PORTARIA 2923	09/06/1998	institui o programa de apoio a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência.	revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
PORTARIA 824	15/04/1999	cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar e m atendimento de urgências e emergências.	revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
PORTARIA 737	16/05/2001	aprova a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.	revogada pela portaria de consolidação nº 2/2017
PORTARIA 814	01/06/2001	estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da regulação médica das urgências.	revogada pela portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002
PORTARIA 344	19/02/2002	aprova na forma do anexo desta portaria, o "projeto de redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito-mobilizando a sociedade e promovendo a saúde" no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada pela portaria de consolidação nº 5/2017
PORTARIA 2048	05/11/2002	aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência.	vigente

PORTARIA 1863	29/09/2003	institui a política nacional de atenção às urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.	revogada pela portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011
PORTARIA 1864	29/09/2003	institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192.	revogada pela Port. GM/MS nº 1.010 de 29.09.2012)
PORTARIA 2072	30/10/2003	institui o comitê gestor nacional de atenção às urgências.	vigente
DECRETO 5055	28/04/2004	institui o serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.	vigente
PORTARIA 1828	02/09/2004	institui incentivo financeiro para adequação da área física das centrais de regulação médica de urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.	vigente
PORTARIA 1927	15/09/2004	estabelece incentivo financeiro aos estados e municípios, com serviços de atendimento móvel de urgência - SAMU 192, qualificados pelo ministério da saúde, para a adequação de áreas físicas das centrais de regulação médica de urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.	vigente
PORTARIA 2420	09/11/2004	constitui grupo técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.	vigente
PORTARIA 2657	16/12/2004	estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais SAMU-192.	vigente
PORTARIA 3125	07/12/2006	institui o programa de qualificação da atenção hospitalar de urgência no sistema único de saúde - programa Qualisus e define competências.	vigente
PORTARIA 1559	01/08/2008	institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.	revogada pela portaria de consolidação nº 5/2017
PORTARIA 491	09/09/2008	institui a câmara de assessoramento técnico à coordenação-geral de urgência e emergência, do departamento de atenção especializada, da	vigente

		secretaria de atenção à saúde, do ministério da saúde – CGUE/DAE/SAS/MS	
PORTARIA 2922	02/12/2008	estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da política nacional de atenção às urgências.	revogada pela Port. GM/MS nº 1.601 de 07.07.2011
PORTARIA 2970	08/12/2008	institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da rede nacional SAMU 192.	revogada pela Port. GM/MS nº 1.010 de 29.09.2012
PORTARIA 2971	08/12/2008	institui o veículo motocicleta - motolância como integrante da frota de intervenção do serviço de atendimento móvel de urgência em toda a rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização.	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 3 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 2972	09/12/2008	orienta a continuidade do programa de qualificação da atenção hospitalar de urgência no sistema único de saúde - programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.	vigente
PORTARIA 1020	13/05/2009	estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a política nacional de atenção às urgências.	<u>revogada pela Port. GM nº 2.648 de 07.11.2011</u>
PORTARIA 4279	30/12/2010	estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
PORTARIA 1600	07/07/2011	reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
RESOLUÇÃO 443	18/07/2011	aprovar a criação da Força Nacional de saúde do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), sob agestão do ministério da saúde.	vigente
PORTARIA 2026	24/08/2011	aprova as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e sua central de regulação médica das urgências, componente da rede de atenção às urgências.	revogada pela portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012
PORTARIA 2301	29/09/2011	altera os arts. 35 e 40 da portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que aprova as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192).	revogada pela portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012

PORTARIA 2338	03/10/2011	estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente sala de estabilização (SE) da rede de atenção às urgências.	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 3 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 2395	11/10/2011	organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada parcial pela portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012 e pelas portarias de consolidação numero 3 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 804	28/11/2011	na tabela de tipo de estabelecimentos do SCNES, alterar a descrição do tipo 42 - unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência e emergência para unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência.	revogada pela portaria nº 356, de 8 de abril de 2013
PORTARIA 1010	21/05/2012	redefine as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e sua central de regulação das urgências, componente da rede de atenção às urgências.	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 5 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 1663	06/08/2012	dispõe sobre o programa SOS - Emergências no âmbito da rede de atenção às urgências e emergências (RUE).	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 5 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 1792	22/08/2012	institui incentivo financeiro de custeio destinado às centrais de regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada pela portaria de consolidação numero 6 de 2017
PORTARIA 2809	07/12/2012	estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à rede de atenção às urgências e emergências (RUE) e às demais redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 3 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 342	05/03/2013	redefine as diretrizes para implantação do componente unidade de pronto atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da rede de atenção às urgências e emergências (RUE), em conformidade com a política nacional de atenção às urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA nova) e UPA 24h ampliadas (UPA ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.	revogada pela portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017
PORTARIA 356	08/04/2013	define o cadastramento, no SCNES, das centrais de regulação das urgências e das unidades móveis de nível pré-hospitalar de	vigente

		urgências pertencentes ao componente samu192 da rede de atenção às urgências.	
PORTARIA 1208	18/06/2013	dispõe sobre a integração do programa melhor em casa (atenção domiciliar no âmbito do SUS) com o programa SOS-Emergências, ambos inseridos na rede de atenção às urgências.	revogada pela portaria nº 825, de 25 de abril de 2016
PORTARIA 1473	18/07/2013	altera a portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e sua central de regulação das urgências, componente da rede de atenção às urgências.	revogada pela portaria nº 2.501, de 28 de setembro de 2017
PORTARIA 10	04/01/2017	redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de pronto atendimento como componente da rede de atenção às urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada parcial pelas portarias de consolidação número 3 e 6 ambas de 2017

Quadro 1. Relação das principais Legislações Federais que estabelecem relação com Política Nacional de Urgências. Fonte: Sistema Saúde Legis. Elaboração do autor. **Legenda:** QualiSUS: Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde. CGUE/DAE/SAS/MS: Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde. UPA: Unidades de Pronto Atendimento. SE: Salas de Estabilização.

2.4 A evolução da cobertura populacional e situação atual do SAMU 192 e Centrais de Regulação no Brasil.

O SAMU é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número 192 e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O Ministério da Saúde vem concentrando esforços no sentido de implementar a Política Nacional de Atenção às Urgências, da qual o SAMU 192 é componente fundamental. Tal política prioriza os princípios do SUS, com ênfase na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas que permitam a organização da atenção, com o objetivo de garantir a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

A cobertura populacional do SAMU 192 têm crescido muito desde o início das portarias que estimularam a criação destes serviços em todo o território nacional. Machado et al (2011) mostraram que a cobertura populacional cresceu rapidamente a cada ano: 7,8% (2004), 24,3% (2005), 33% (2006), 49% (2007) e 52,9% (2008). A Figura 1 mostra o aumento da cobertura populacional de 2012 a 2017, chegando a 79,37%.

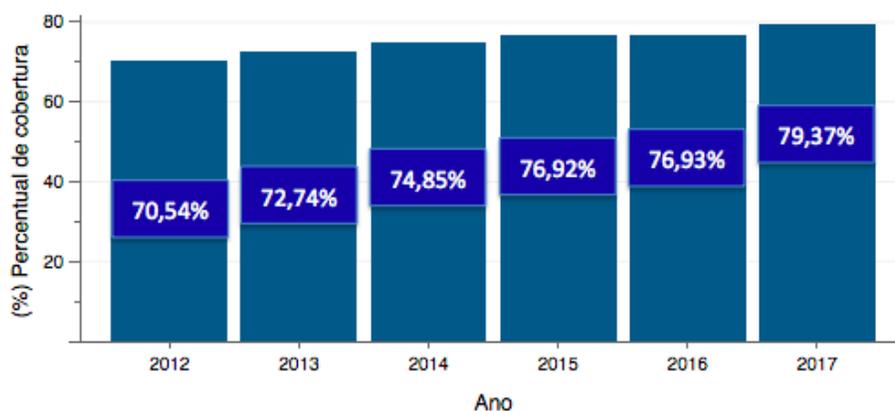


Figura 1. Evolução do percentual de cobertura populacional do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2012 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.

Até o final de 2017, mais 134 municípios que ainda não possuem o SAMU 192 serão beneficiados, com previsão da cobertura chegar a 84,1% da população, ou seja, 173 milhões de brasileiros.

A Figura 2 mostra a evolução geográfica da cobertura populacional do SAMU 192 em todo território brasileiro em 2012 e 2017. Mais da metade da população reside em 20,5% dos municípios do País e, assim, podemos ver que as capitais e regiões metropolitanas de todos os estados possuem a cobertura do SAMU 192. Entre 2012 e 2017 destaca-se o crescimento da cobertura populacional pelo SAMU 192 nos Estados do Amazonas, Roraima, Pará, Ceará, oeste do Mato Grosso do Sul, sul de Minas Gerais e oeste do Paraná.

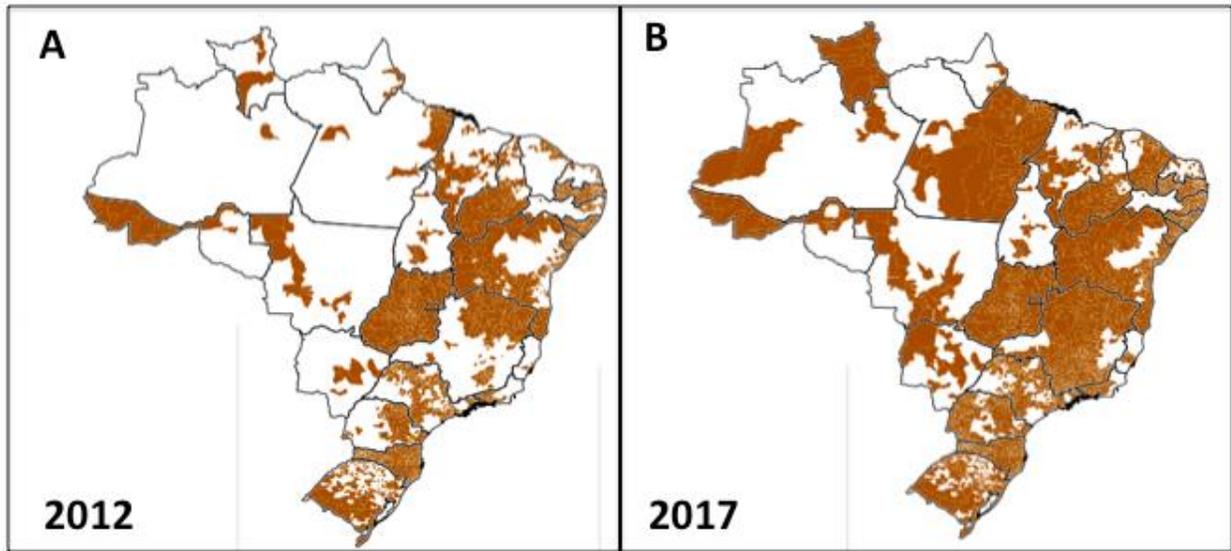


Figura 2. Evolução geográfica da cobertura populacional do SAMU 192 em todo território brasileiro em 2012 (A) e 2017 (B). Fonte: Portal da SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde).

A população abrangida pelo SAMU distribui-se de forma variada pelo território nacional. Isso se relaciona ao fato de a implantação descentralizada da estratégia depender da adesão de Estados e/ou municípios, que têm situações diferenciadas quanto à distribuição populacional no território, oferta e organização prévia do sistema de saúde, priorização e capacidade de implantação do SAMU, em face das responsabilidades de gestão, co-financiamento e operacionalização.

O número de municípios abrangidos pelo SAMU 192 aumentou de 2764 (40,1%) em 2013 para 3385 (60,8%) em 2017, de um total de 5570 municípios em todo o país. A maioria das ambulâncias no País em 2017 é de suporte básico (2505), sendo que outras 571 (18,6% do total) são de suporte avançado. A intenção é que todas as ambulâncias com mais de 4 anos de uso estejam aptas a serem substituídas, o que trará maior segurança de que o socorro estará disponível e economia na manutenção dos veículos. A Figura 3 mostra a evolução do número de municípios e das unidades móveis (ambulâncias básicas e avançadas) do SAMU 192 entre 2013 e 2017.

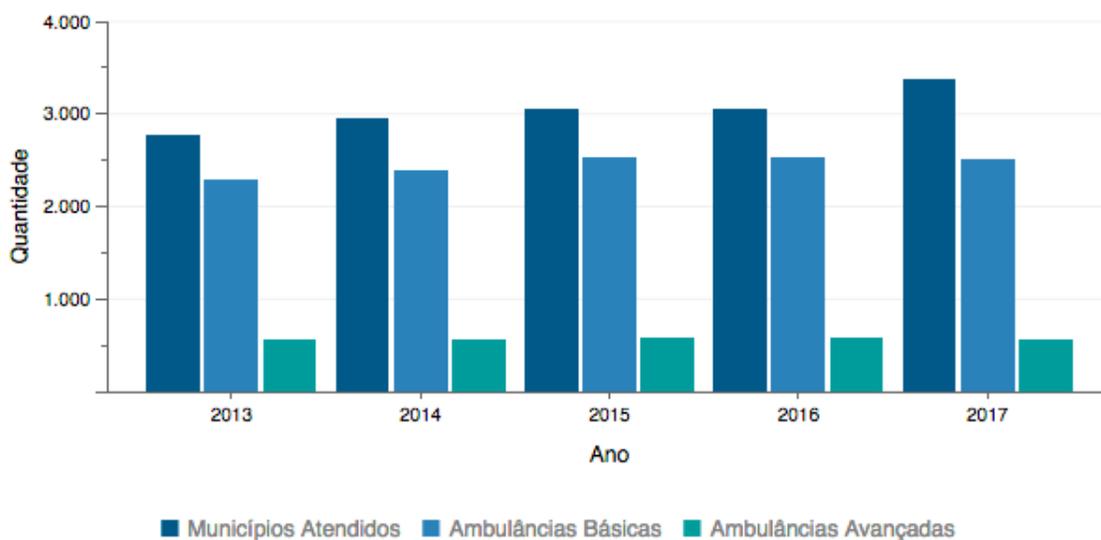


Figura 3. Evolução do número de municípios e das unidades móveis (ambulâncias básicas e avançadas) habilitadas do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2013 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.

A Figura 4 mostra a evolução numérica de unidades móveis (motolância, embarcações e veículos aeromédicos) entre 2013 e 2017.

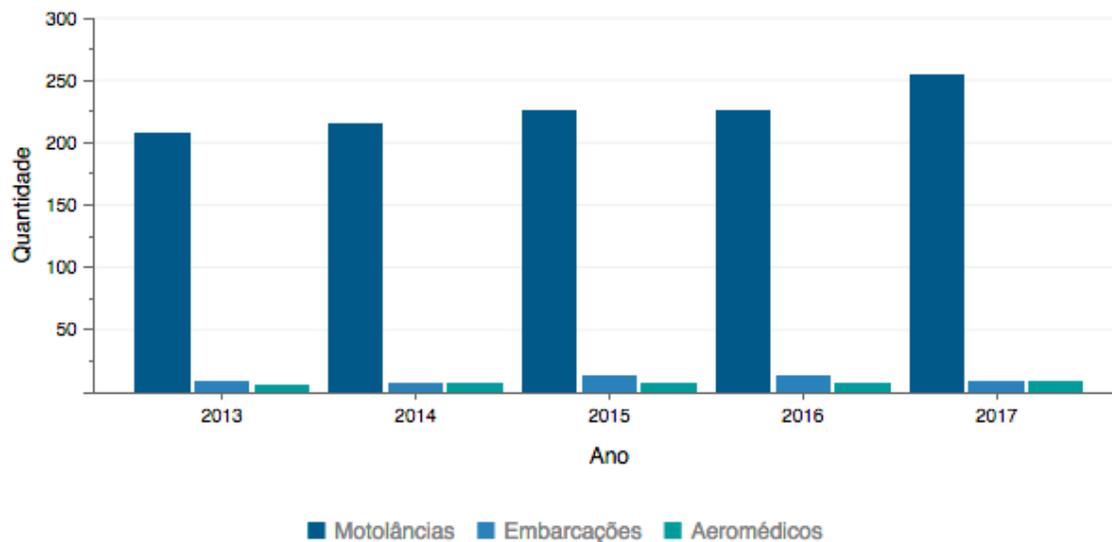


Figura 4. Evolução das unidades móveis (motolâncias, embarcações e aeromédicos) habilitadas do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2013 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.

A Figura 5 mostra a distribuição do número de unidades móveis (ambulâncias, motolâncias, embarcações e aeromédicos) habilitadas do SAMU 192 em cada estado do país em 2017.



Figura 5. Distribuição do número de unidades móveis (ambulâncias, motolâncias, embarcações e aeromédicos) habilitadas do SAMU 192 em cada estado do país em 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.

Para estimular este processo de expansão do SAMU 192 em todo o país, o Ministério da Saúde nas várias portarias sucessivas desde 2002, garantiu investimentos tanto para aquisição de equipamentos e adequação da área física, quanto para custeio mensal das equipes de suporte básico e avançado, bem como no repasse de viaturas compradas. Os valores mais atuais do incentivo financeiro de custeio de fonte federal para as centrais de regulação de urgência e das equipes do SAMU dos diversos tipos de unidades móveis foram definidos na Portaria nº 1010 (21 de maio de 2012), mostrados na Tabela 1, sendo que alguns deles foram reajustados em portarias subsequentes.

ITEM	REPASSE FINANCEIRO
Construção de novas Centrais de Regulação das Urgências ou ampliação das mesmas já existentes.	R\$ 350.000,00
Aquisição de materiais e mobiliário para as Centrais de Regulação das Urgências – Médico Regulador, Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica e Rádio-Operadores.	R\$ 29.128,00
Aquisição de equipamentos de tecnologia de Rede de Informática.	R\$ 110.932,21
Reforma das Centrais de Regulação das Urgências já existentes e que pretendam se regionalizar.	R\$ 150.000,00
Unidade de Suporte Básico de vida terrestre – Habilitada.	R\$ 13.125,00*
Unidade de Suporte Básico de vida terrestre – Habilitada e Qualificada.	R\$ 21.919,00*
Unidade de Suporte Avançado de vida terrestre – Habilitada.	R\$ 38.500,00*
Unidade de Suporte Avançado de vida terrestre – Habilitada e Qualificada.	R\$ 48.221,00*
Motolância – Habilitada.	R\$ 7.000,00*
Motolância – Habilitada e Qualificada.	R\$ 7.000,00*
Custeio das Centrais de Regulação das Urgências – Habilitada.	R\$ 64.000,00
Custeio das Centrais de Regulação das Urgências – Habilitada e Qualificada.	R\$ 106.880,00

Tabela 1. Itens de repasse financeiro segundo as Portarias nº1010, de 21 de maio de 2012 do Ministério da Saúde.

*Repasse mensal. Ribeirão Preto, 2017.

Como o estímulo à regionalização do SAMU, mesmo com valores de custeio das equipes aquém dos valores de mercado, existem experiências de organização entre os municípios para garantir contrapartidas que venham possibilitar o alcance dos valores necessários. Uma das

formas interessantes e bem empregadas para conseguir que tais recursos sejam complementados tem sido os consórcios intermunicipais, experiência esta que será descrita neste projeto.

Os valores de custeio federal para o SAMU 192 de todo o país apresentou uma evolução anual que está mostrada na Figura 6, sendo que em 2004 foi de 28,5 milhões de reais, subindo para 137 milhões no ano seguinte e, a partir de 2015, tem atingido o valor de R\$ 1,2 bilhão/ano.

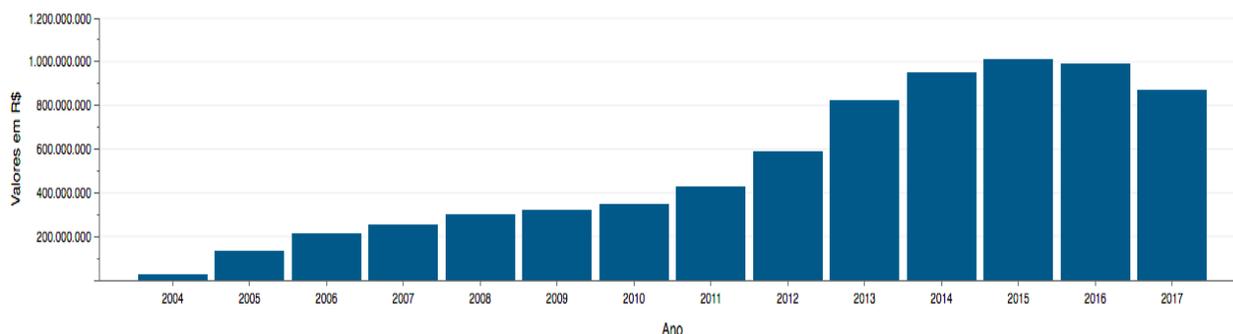


Figura 6. Evolução dos valores transferidos fundo a fundo para o programa SAMU 192 em todo o território nacional entre 2004 e 2017. Fonte: Fundo Nacional de Saúde - FNS/MS.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o processo de transição da abrangência municipal do SAMU de Ribeirão Preto para a cobertura regional e seus impactos no Departamento de Saúde de Ribeirão Preto (DRS 13).

3.2 Específicos

- Caracterizar a estrutura e funcionamento do SAMU Municipal e sua Central de Regulação de Urgência;
- Caracterizar a estrutura e funcionamento do SAMU Regional;
- Conhecer os parâmetros utilizados na transição do SAMU Municipal para Regional;
- Descrever os resultados assistenciais que essa mudança ocasionou ao longo do tempo de sua implantação (2013 a 2016).

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Considerando-se a natureza do objeto e os objetivos desta pesquisa, que inclui realizar uma avaliação do processo de transição da abrangência municipal para a cobertura regional do SAMU de Ribeirão Preto, bem como de seus impactos, realizou-se um estudo do tipo descritivo-exploratório e retrospectivo.

A pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 1999). A pesquisa exploratória é desenvolvida, no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato (GIL, 1999), buscando-se conhecer com maior profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais claro ou construir questões importantes para a condução da pesquisa. Portanto, esse tipo de pesquisa é realizado, sobretudo, quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. Contribui para o esclarecimento de questões superficialmente abordadas sobre o assunto.

Assim, para compreensão da contextualização histórica do processo de transição do serviço de uma abrangência municipal para regional, o estudo utilizou-se do método de análise documental, buscando identificar informações factuais em documentos que contenham registro desse processo.

Segundo Silva, Almeida e Guindani (2009), o uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado, pois a riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das ciências humanas e sociais, uma vez que possibilita

ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.

Já para caracterizar os impactos dessa transição em termos assistenciais, realizou-se uma investigação descritiva e transversal, de natureza quantitativa com base nos dados secundários obtidos em registros informatizados dos atendimentos do serviço.

Estando o autor inserido no processo de transição, o estudo contou também com questões observacionais, que auxiliaram na compreensão dos dados. Dessa forma, podemos destacar que do ponto de vista operacional, foram adotados os princípios da triangulação de dados, numa proposta de articulação interpretativa que integra diferentes técnicas, estratégias e métodos (MINAYO, 2010).

4.2 Período do estudo

O estudo compreende o período entre janeiro de 2013 e dezembro de 2016.

4.3 Cenário do Estudo

Ribeirão Preto é um município brasileiro localizado no interior do estado de São Paulo, na Região Sudeste do país, localizando-se a noroeste da capital (São Paulo), distando desta cerca de 315 km. Ocupa uma área de 650,916 km², sendo que 127,309 km² estão em perímetro urbano. Sua população foi estimada pelo IBGE (2017) em 682.302 habitantes e está entre os 30 maiores municípios brasileiros.

Em Ribeirão Preto, o SAMU foi criado a partir de iniciativa de profissionais da Secretaria da Saúde, em outubro de 1996, um SAMU Municipal, iniciando as atividades da Central de Regulação de Urgência para atender as demandas do próprio município. Em 2013, atendendo as

diretrizes da política nacional de atenção às urgências, passou para uma regulação regionalizada, ampliando sua cobertura para 26 municípios, da Direção Regional de Saúde 13 (DRS XIII).

A região estadual da Direção Regional de Saúde 13 (DRS XIII) – Ribeirão Preto está localizada no interior do estado de São Paulo, possuía 25 municípios e após a Regionalização que se seguiu com a assinatura do Pacto pela Saúde – 2006, incorporou o município de Santa Rita do Passa Quatro, totalizando 26 cidades divididas em três novas microrregiões: *Aquífero Guarani*, com dez municípios - Cravinhos, Serrana, Serra Azul, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Guatapar, Luiz Antônio, Santa Rita do Passa Quatro, Jardinópolis e Ribeirão Preto; *Vale das Cachoeiras*, com sete municípios – Altinópolis, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santo Antônio da Alegria, Santa Cruz da Esperança, Brodowski e Batatais; e *Horizonte Verde*, com nove municípios – Sertãozinho, Pontal, Barrinha, Dumont, Pradópolis, Guariba, Pitangueiras, Jaboticabal e Monte Alto.

Assim, tem-se como cenário do estudo, a Central de Regulao de Urgência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Ribeirão Preto/SP, que a partir da regionalizao do SAMU passou a atender também as ligaoes 192 dos demais 25 municípios do Departamento Regional de Saúde da 13^a região do Estado de São Paulo (DRS XIII).

4.4 Populao e amostra

Foram utilizados documentos do SAMU Municipal e Regional do DRS XIII Ribeirão Preto, como registros em atas, Portarias, e publicaoes pertinentes e dados secundários do atendimento da Central de Regulao de Urgência por meio do registro informatizado das ligaoes telefnicas do 192, despachos de ambulâncias e das informaçoes do atendimento dos socorros e transportes realizados.

4.5. Análise Estatística

Os dados extraídos dos documentos e banco de dados da Central de Regulação de Urgência antes e após a implantação do SAMU Regional, foram transpostos diretamente para planilhas eletrônicas – Excel do pacote Microsoft Office, sendo posteriormente analisados e categorizados em relação a pesquisa documental, quanto aos fatos históricos, e em relação a caracterização dos impactos assistenciais, quanto ao quantitativo e percentual das variáveis, sendo estes, por sua vez, compilados em banco de dados, analisados e expressos em gráficos e tabelas.

4.6. Aspectos Éticos

O estudo seguiu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Foi obtida autorização dos locais de estudo para a realização do estudo e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado, que aprovou com número de parecer 2.316.676 e CAAE 71364117.9.0000.5414 (apêndice 1).

5. RESULTADOS

Desenhar o processo de transição da abrangência municipal do SAMU de Ribeirão Preto para a cobertura regional por meio de análise documental tornou-se um grande desafio, pois na intenção de traçar um perfil histórico do processo, percebeu-se que muitas informações não tiveram registro adequado em atas e registros, porém dentro do que foi alcançado de material, consegue-se realizar um histórico do início das atividades do serviço, da experiência enquanto SAMU Municipal, do processo de transição para SAMU Regional e do funcionamento enquanto serviço regionalizado.

O início das atividades do serviço enquanto atendimento pré-hospitalar foi obtido através de publicações científicas que traçaram um delineamento histórico desse processo de implantação. Nessa perspectiva, o início das atividades do serviço de atendimento pré-hospitalar em Ribeirão Preto aconteceu em 08 de outubro de 1996, criado por iniciativa de profissionais da Secretaria da Saúde, que destinaram um longo período para idealização e adequação de uma proposta moldada a partir do modelo francês (LOPES; FERNANDES, 1999). O mesmo artigo ressalta que o serviço foi constituído com uma equipe de suporte avançado, contendo os profissionais obrigatórios, médico, enfermeira e motorista, e já com previsão de mudanças futuras importantes para o projeto inicial. A equipe, com o início de suas atividades passou a dividir o atendimento com equipe de resgate do Corpo de Bombeiros que, até então, respondia de forma exclusiva pelo atendimento pré-hospitalar e que, segundo os autores, conquistou aceitação e espaço nesse tipo de atendimento no município (LOPES; FERNANDES, 1999). O serviço não utilizava com protocolos rígidos para despacho de viaturas e, nesse sentido, até janeiro de 1997 atuou de forma mais ampla que a devida, prestando atendimento a um grande número de casos sem a indicação adequada de atendimento médico pré-hospitalar. Registram também que na

época a Unidade de Suporte Avançado envolveu-se em acidente, o que levou o serviço a interromper suas atividades (LOPES; FERNANDES, 1999). Em sequência, surgiram novos projetos para garantir a implantação do sistema de forma adequada, sendo adquiridas novas unidades de suporte avançado, inserido o serviço de regulação médica, cuja necessidade havia sido evidente durante o período de funcionamento isolado da USA, e realizado um mapeamento hierarquizado das capacidades físicas e funcionais dos hospitais do Município. Assim, em agosto de 1997 o serviço retomou suas atividades, dispondo na época de três unidades de suporte avançado (LOPES; FERNANDES, 1999).

Em março de 1998, iniciava o funcionamento de uma Regulação Médica, ainda que de forma experimental. A atividade de médico regulador era exercida pelo próprio médico da USA, e esta regulação ainda que funcionando de forma precária, foi mantida até outubro de 1998, quando após a realização de concurso municipal para seleção de médicos emergencistas, foi implantada a Central de Regulação Médica nas dependências da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas, em um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Já atrelada ao Sistema 192, emergia o médico com função exclusiva de regulador, como membro essencial do grupo da radiotelefonia, e as radio operadoras e telefonistas passaram a assumir a função de técnicas auxiliares de regulação médica (TARM). Desta forma, a Central de Regulação de Urgência passava, então, a funcionar em moldes adequados (LOPES; FERNANDES, 1999).

A partir deste momento, era organizada a função do médico regulador que assumiu suas atribuições recebendo, ouvindo e gerenciando as demandas, estimando a gravidade presumida para então decidir sobre a melhor providência para as mesmas, buscando soluções imediatas e otimização dos recursos disponíveis (LOPES; FERNANDES, 1999).

Do ponto de vista operacional, todas as ligações 192 do município de Ribeirão Preto eram recebidas pelas TARMs que preenchiam uma ficha padronizada de chamado e, em caso de necessidade ou dúvidas quanto à gravidade e orientações, o chamado era transferido ao médico regulador, que definia o tipo de recurso a ser liberado: USB, USA, Unidade de Resgate do Corpo de Bombeiros, Polícia Militar etc. A radio-operadora, em contato com as ambulâncias checava as anotações em papel para saber onde estavam geograficamente e se estavam liberadas ou empenhadas no transporte de pacientes para comunicar a necessidade atual por via rádio. Enquanto isto, o médico regulador entrava em contato com os médicos assistentes dos hospitais para informar os dados demográficos e de atendimento dos pacientes para checarem a disponibilidade de vagas e discutirem o encaminhamento dos mesmos.

Em fevereiro de 1999, o SAMU foi mais uma vez expandido com a inclusão de unidades de suporte básico (USB) no Serviço, passando então a contar com três (03) unidades de suporte avançado (uma em atuação ininterrupta e as outras em esquema de sobreaviso, podendo ser despachadas em situações especiais como catástrofes, calamidades, transferências extra municipais) e sete (07) unidades de suporte básico, distribuídas cada uma em uma unidade básica distrital de saúde (uma mantida na garagem para substituição em caso de defeitos mecânicos) (LOPES; FERNANDES, 1999). Nesse mesmo período, as ambulâncias do SAMU e a Central de Regulação Médica contavam com profissionais em período integral (médicos reguladores, técnicos auxiliares e radio-operadores), num total de cento e trinta e seis profissionais de diferentes categorias (LOPES; FERNANDES, 1999).

Outra publicação que traça parte desse histórico é o artigo de Santos et al. (2003), que discute em seu texto a ordenação do acesso à rede assistencial de urgência pelo SAMU/Regulação Médica, com registro de que no segundo semestre de 1999 mediante ajustes entre a

Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas (UE-HC), a Direção Regional de Saúde XVIII e a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto foi planejado que por meio de ações do atendimento pré-hospitalar e da Central de Regulação de Urgência (CRU), fosse realizada a ordenação do fluxo de pacientes para os serviços hospitalares de referência.

Em janeiro do ano 2000, seguindo um plano operacional conjunto, a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde, o SAMU, o Corpo de Bombeiros e o HCFMRP-USP fundiram seus recursos e técnicas, para compor as práticas da CRU, com vistas ao fortalecimento político e técnico do processo. Foram convidados a participar desse processo de Gestão da CRU/SAMU por meio de um Comitê Gestor as Universidades, a Polícia Militar, os Conselhos tanto o Regional de Medicina, quanto o Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o Centro de Medicina Legal, os Hospitais Filantrópicos e as Concessionárias de Autovias (SANTOS et al., 2003). Ficou determinado que os pacientes somente poderiam acessar os hospitais após serem atendidos na rede APH fixa e com o encaminhamento autorizado pelo médico regulador que comunicou por telefone o médico que o receberá no hospital. A demanda espontânea dos pacientes diretamente aos hospitais foi abolida. A única exceção eram os pacientes atendidos em vias públicas e domicílios pelas unidades de suporte básico e avançado do SAMU, e regulados diretamente para a rede hospitalar, sem passar por unidades de saúde do atendimento pré-hospitalar fixo.

Nesse sentido, o artigo registra ainda que a CRU por meio de seus médicos reguladores e TARMs passaram a operar via telefone, fax e rádio, recebendo, diuturnamente, chamados de domicílios, dos logradouros públicos, dos estabelecimentos de saúde e do atendimento pré-hospitalar. Mediante avaliação da gravidade e da disponibilidade de recursos, a CRU passou a organizar o fluxo para os hospitais e sua equipe técnica começou a racionalizar a utilização dos

recursos hospitalares, preservando os espaços aptos a atender a alta complexidade, garantindo o atendimento imediato às situações que colocam a vida em perigo iminente (SANTOS et al., 2003).

Embora já em funcionamento desde 1996, outro registro histórico importante encontrado refere-se ao processo de habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde, onde o Secretário de Atenção à Saúde, considerando as Portarias Ministeriais 2048/2002, 1863/2003 e 1864/2003, assinou em 20 de maio de 2004 a Portaria N° 179 qualificando o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU-192 de Ribeirão Preto em abril de 2004. Desta forma, oficializa-se junto ao Ministério da Saúde o SAMU 192 com cobertura municipal de Ribeirão Preto (BRASIL, 2004).

Em seguida, tem-se outro registro documental relevante, que é a Portaria Ministerial 997 de 26 de maio de 2004, assinada pelo então ministro da saúde Humberto Costa, onde estabelece recursos para o custeio do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192 de Ribeirão Preto, para uma Central de Regulação, 01 Equipe de Suporte Avançado e 05 Equipes de Suporte Básico, no valor mensal de R\$ 109.000,00 (cento e nove mil reais) com montante anual de R\$ 1.308.000,00 (um milhão, trezentos e oito mil reais) a serem incorporados ao limite financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar (média e alta complexidade) do Estado de São Paulo e do Município de Ribeirão Preto/SP (BRASIL, 2004).

Em tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos, Souza (2005) mostrou que o sistema contava com uma frota de 1 (um) veículo de suporte avançado e 9 (nove) veículos de suporte básicos, distribuídos em cinco bases de atendimento no município, situadas em hospitais ou postos de saúde. A forma de distribuição dessas viaturas à época em Ribeirão Preto estava dividida em cinco regiões: Norte,

Sul, Leste, Oeste e Central (Figura 7), e que essa a divisão era utilizada pelo SAMU-RP para descentralização das ambulâncias, ficando a Região Central com três ambulâncias, sendo duas de suporte básico e uma de suporte avançado e a Região Norte, Sul e a Oeste com duas unidades de suporte básico cada e a Região Leste com uma unidade de suporte básico (SOUZA, 2005).

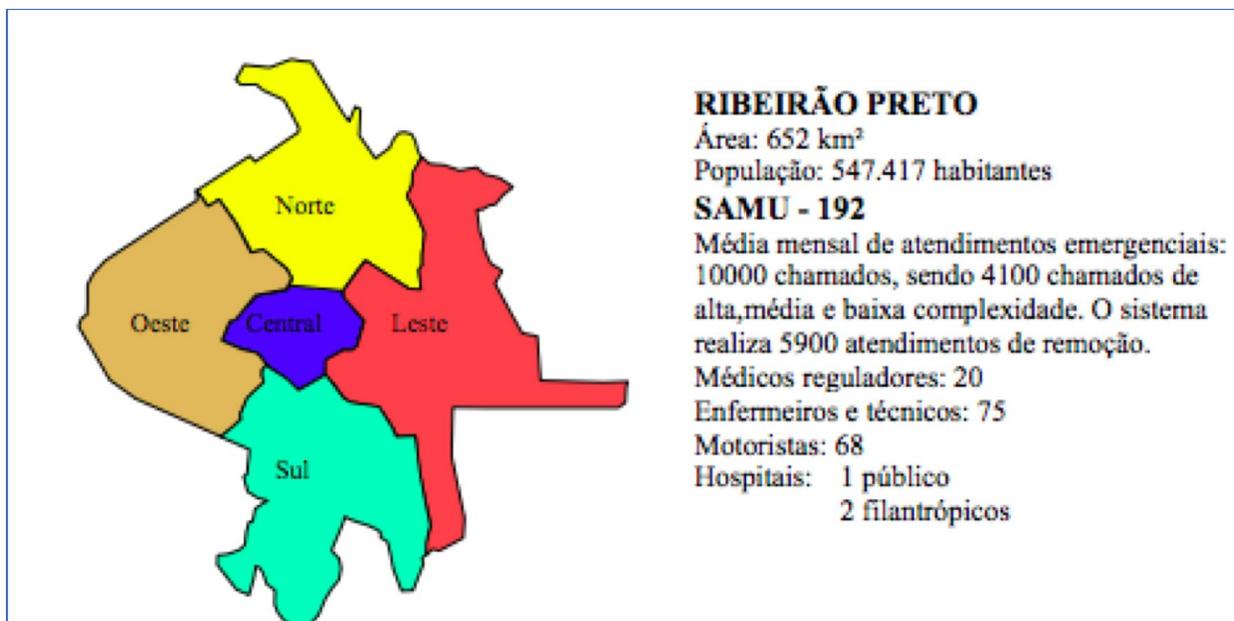


Figura 7. Distribuição espacial do Sistema SAMU 192 em Ribeirão Preto no ano de 2005. Fonte: Souza (2005).

A partir de 2010 em reuniões do colegiado de gestores da região de Ribeirão Preto iniciou-se as discussões para a transição de SAMU 192 Municipal para Regional, envolvendo gradativamente todos os 26 municípios do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII) com uma população estimada 1.468.323 habitantes (IBGE, 2016), sendo divididos pelas microrregiões e respectivas cidades polos: Aquífero Guarani (Ribeirão Preto), Horizonte Verde (Sertãozinho) e Vale das Cachoeiras (Batatais), conforme apresentado na Figura 8 e Tabela 2. Ribeirão Preto é o município responsável pela coordenação das três microrregiões.



Figura 8. Divisões geográficas das microrregiões do DRS XIII com suas respectivas cidades polo: Aquífero Guarani (Ribeirão Preto), Horizonte Verde (Sertãozinho) e Vale das Cachoeiras (Batatais).

Aquífero Guarani	Horizonte Verde	Vale das Cachoeiras
Brodowski	Guariba	Altinópolis
Cravinhos	Guataparã	Batatais
Dumont	Jaboticabal	Cajuçu
Jardinópolis	Monte Alto	Cássia dos Coqueiros
Luiz Antônio	Pradópolis	Santa Cruz da Esperança
Ribeirão Preto	Barrinha	Santa Rosa de Viterbo
Serra Azul	Pitangueiras	Santo Antônio da Alegria
Serrana	Pontal	-
São Simão	Sertãozinho	-
Santa Rita do Passa Quatro	-	-
897.475 (61,12%)	430.806 (29,34%)	140.042 (9,54%)

Tabela 2. Microrregiões do DRS XIII, mostrando o conjunto de suas cidades (destaque para as cidades polo em negrito) e a população estimada (e percentual) pelo IBGE em 2016. Ribeirão Preto, 2017.

O próximo registro relevante encontrado no processo de busca documental consiste da Ata da 32ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 07 de abril de 2010, com pauta sobre a discussão e relato do histórico de esforços realizados objetivando a implantação do SAMU Regional,

demonstrando que nessa data já transcorria o processo de regionalização do serviço com inclusão dos municípios de Ribeirão Preto, Serra Azul e Cravinhos, registrando ainda a liberação de Unidades de Suporte Avançado em virtude desse processo e com registro de preocupação quanto aos prazos e encaminhamentos de contratação de pessoal e aquisição de insumos.

Nos documentos obtidos, tem-se um breve intervalo temporal. Tendo sido solicitadas à Direção Regional de Saúde todas as atas de reuniões do Conselho Intergestores Regionais (CIR) de Saúde, contendo pauta referente ao SAMU RP, temos na sequência dos arquivos concedidos.

A Ata da 39ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 03 de novembro de 2010, já registrava como pauta o SAMU Regional, onde algumas informações relevantes foram encontradas. Alguns municípios já haviam recebido ambulâncias, tanto as Unidades de Suporte Básico – USB ou Unidade de Suporte Avançado – USA e que, tais municípios estavam com dificuldades para justificar para a população o seu não funcionamento, sendo deliberado que seria levado para discussão dos Colegiados o início do funcionamento do SAMU regional, de forma gradativa; sendo proposto que os municípios com ambulâncias (no caso Serra Azul) para iniciar a divulgação do 192 somente para as situações de urgência com atendimento da chamada centralizado e regionalizado na Central de Regulação do município de Ribeirão Preto. Por fim, foi informado que, segundo a Coordenação Nacional do SAMU, havia a possibilidade de alguns municípios ainda estarem sendo contemplados com ambulâncias USB, sendo deliberado que os Gestores que não receberam a ambulância fizessem um ofício em conjunto com o prefeito solicitando as USBs, comprometendo-se em seguir os critérios estabelecidos na legislação.

Na Ata da 42ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 02 de março de 2011, registra-se a possibilidade

de iniciar as atividades do SAMU Regional no município de Serra Azul, onde já havia sido iniciado o treinamento de recursos humanos, e emerge também a proposta de reativação do Conselho Gestor do SAMU regional.

Na Ata da 49ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, 05 de outubro de 2011, registra-se como pauta a adesão dos municípios ao SAMU Regional, com informações sobre as questões de financiamento deste. Registrou-se que todos os secretários de saúde receberam planilhas com os custos, destacando-se o prazo para a resposta ao Ministério da Saúde, sendo apresentadas planilhas com os valores per capita de R\$ 0,13 para manutenção da regulação de urgência/emergência pré-hospitalar para toda a região, e de R\$ 0,12 per capita para manutenção da USA. Surgiram questionamentos sobre formas de repasse do pagamento dentro dos critérios do Tribunal de Contas, sendo colocada uma experiência de consórcio de outra região. Os Secretários de Saúde foram convidados a sensibilizarem os respectivos prefeitos sobre a relevância dessa adesão, solicitando que levem em conta a relação custo-benefício e que cada município ganharia uma USB, a partir dessa adesão. Ficou deliberado que os municípios que não aderissem naquele momento, que o fizessem por meio de uma carta de intenção de adesão e aqueles que fossem aderir deveriam encaminhar um ofício assinado pelo Secretário de Saúde e Prefeito.

Em sequência, temos a Ata da 51ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em sete de dezembro de 2011, com pauta sobre o SAMU Regional, quando foi discutida a necessidade de composição do Conselho Gestor Regional de Urgência, ressaltada informação no MS em Brasília de que não haverá recurso novo para aquisição de ambulâncias e que o caminho seria a adesão de todos ao SAMU Regional. O diretor do SAMU solicitou o adiamento do início das atividades previsto

para 12 de dezembro de 2011, ressaltando que a questão deveria ser melhor estudada. Foi deliberado este adiamento e o convite a um palestrante que pudesse expor sobre as experiências de consórcio e convênio referente ao SAMU Regional.

Na Ata da 52ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 01 de fevereiro de 2012, já surgem informações de que o Contrato do Consórcio está em andamento, e que já foi iniciada a operacionalização do SAMU no município de Sertãozinho no dia nove de janeiro de 2012. Também foi definido que os próximos municípios a serem incorporados seriam Dumont, Cajuru e Jaboticabal. Registra-se a criação de um Plano Operacional com embasamento em outros SAMUs já existentes e na Portaria 2048. Registrou-se ainda a informação de um Congresso no qual estava prevista apresentação sobre consórcios como oportunidade para esclarecer dúvidas.

Na sequência temporal, temos a Portaria nº 261, de 13 de fevereiro de 2012, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, onde considerando as Portarias 997/2004 e 2026/2011, habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber 02 Unidades de Suporte Básico, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e autoriza a transferência de custeio com valor de repasse mensal de R\$ 25.000,00 e anual de R\$ 300.000,00 ao município.

Na Ata da 54ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 04 de abril de 2012, teve como pauta a aprovação do consórcio para o SAMU Regional de RP. Tem-se o registro de que o Estatuto do Consórcio já foi enviado e avaliado pelo Setor Jurídico de cada município. Foi ressaltado que os 26 municípios da região já se conscientizaram quanto à necessidade de adesão ao consórcio, esclarecendo-se que a primeira etapa já estava em andamento nos municípios de Cajuru, Batatais,

Serra Azul e Pitangueiras, e que já havia chegado solicitação de outros, estando em pendência os municípios de Cravinhos, Monte Alto, Cássia dos Coqueiros, Santa Rosa de Viterbo, Barrinha e Pradópolis. Foi deliberada a aprovação do Consórcio por consenso.

Considerando-se os documentos relevantes, temos ainda a Portaria nº 1034, de 24 de maio de 2012, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, onde considerando as Portarias 997/2004 e 1010/2012, destina recursos financeiros para construção, aquisição de materiais, mobiliário e equipamentos de rede e tecnologia para a Central de Regulação Médica das Urgências do SAMU 192 da Regional de Ribeirão Preto (SP). Sendo R\$150.000,00 para Construção da Central de Regulação; R\$ 29.128,00 para Materiais e Mobiliários; R\$ 110.932,21 para Equipamentos de Tecnologia da Informática e Rede (BRASIL, 2012).

Uma informação relevante contida nesta Portaria se refere aos municípios que passam oficialmente a compor o território de abrangência da Central de Regulação de Urgências do SAMU 192 - Regional de Ribeirão Preto (SP), no total de 1.301.511 habitantes, de acordo com o Quadro 2 abaixo.

Municípios	População segundo IBGE 2010
Altinópolis	15.607
Barrinha	28.496
Batatais	56.476
Brodowski	21.107
Cajuru	23.371
Cássia dos Coqueiros	2.634
Cravinhos	31.691

Dumont	8.143
Guariba	35.486
Guatapar	6.966
Jaboticabal	71.662
Jardinópolis	37.661
Luís Antônio	11.286
Monte Alto	46.642
Pitangueiras	35.307
Pontal	40.244
Pradópolis	17.377
Ribeirão Preto	604.682
Santa Cruz da Esperança	1.953
Santa Rosa de Viterbo	23.862
Santo Antônio da Alegria	6.304
São Simão	14.346
Serra Azul	11.256
Serrana	38.878
Sertãozinho	110.074
Total de habitantes	1.301.511

Quadro 2. Municípios que compõem o território de abrangência da central de regulao médica de urgências do SAMU 192 - Regional de Ribeirão Preto (SP). Fonte: Portaria n 1034, de 24 de maio de 2012.

Na Ata da 58 Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 08 de agosto de 2012, teve como pauta a atualizao sobre o funcionamento do SAMU-Regional, o Coordenador do SAMU informou que teve início o funcionamento nos municípios de Cajuru, Pitangueiras, Batatais, Dumont,

Jaboticabal e Serrana. Informa, ainda, a mudança de endereço da base de Ribeirão Preto para a Avenida 13 de Maio.

Em 05 setembro de 2012, através da Portaria 1886, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, onde considerando as Portarias 997/2004 e 1010/2012, fica redefinido o limite financeiro anual dos recursos destinados ao incentivo de custeio repassado à Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 da Regional de Ribeirão Preto (SP), para R\$ 64.000,00 mês, e foram habilitadas as ambulâncias nos Municípios de Ribeirão Preto (02 USB), Batatais (01 USB e 01 USA), Cajuru (01 USB), Dumont (01 USB), Jaboticabal (01 USB), Pitangueiras (01 USB), Serra Azul (01 USB), Sertãozinho (01 USB).

Em sequência tem-se a Portaria nº 2147, de 19 de outubro de 2012, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, onde considerando as Portarias 997/2004 e 1010/2012, habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber 1 (uma) Unidade de Suporte Avançado, destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio mensal de R\$ 27.500,00 (vinte sete mil e quinhentos reais) ao Município.

Na Ata da 61ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 07 de novembro de 2012, tendo como pauta o andamento do consórcio do SAMU Regional: o coordenador do serviço comunica que todos os municípios serão contemplados com ambulâncias tendo em vista que o Ministério da Saúde anunciou a disponibilização de 18 USBs. Ressaltou quanto ao consórcio que o Ministério exigia toda a documentação até dia 20 de novembro de 2012 para a liberação dos recursos. Informa ainda que foi iniciada a informatização do 192 e como o Ministério da Saúde ainda não estava repassando o recurso, o município de Ribeirão Preto arcou com a situação financeira até o

momento, mas que partir de outubro os municípios Sertãozinho, Serra Azul, Batatais, Dumont, Jaboticabal, Pitangueiras e Cajuru começariam a receber, inclusive os valores retroativos.

Em 16 de janeiro de 2013, por meio da Portaria 50, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, onde considerando as Portarias 997/2004, 1896/2012, 2147/2012 e 1010/2012, qualifica Unidades de Suporte Básico e Avançado destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) dos Municípios de Ribeirão Preto (SP), Sertãozinho (SP), Cajuru (SP), e a Central de Regulação Médica das Urgências de Ribeirão Preto (SP). Também autoriza atualização do custeio aos Municípios, conforme os Quadros 3 e 4 abaixo.

Município para Repasse	Central	Valor atual	Valor Qualificado Mensal	Valor do Repasse Qualificado Anual Fundo a Fundo
Ribeirão Preto (SP)	1	R\$ 64.000,00	R\$ 106.880,00	R\$ 1.282.560
TOTAL				R\$ 1.282.560

Quadro 3. Descritivo do valor atualizado com a qualificação da Central de Regulação do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

Município para Repasse	USB	USA	Valor atual	Valor qualificado mensal	Valor do Repasse Qualificado Anual Fundo a Fundo
Ribeirão Preto	7		R\$ 87.500,00	R\$ 146.125,00	R\$ 1.753.500,00
Ribeirão Preto		2	R\$ 55.000,00	R\$ 91.850,00	R\$ 1.102.200,00
Sertãozinho	2		R\$ 25.000,00	R\$ 41.750,00	R\$ 501.000,00
Sertãozinho		1	R\$ 27.500,00	R\$ 45.925,00	R\$ 551.100,00
Cajuru	1		R\$ 12.500,00	R\$ 20.875,00	R\$ 250.500,00

Quadro 4. Descritivo dos valores atualizados com a qualificação das Unidades de Suporte Básico e Avançado do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

Na Ata da 64ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 07 de março de 2013, tendo como pauta a ampliação de frota do SAMU Regional - o coordenador do SAMU, informou que todos os municípios já haviam sido contemplados com as ambulâncias e que vários já tem equipe formada, faltando somente a capacitação dos profissionais. Citou os municípios que estavam recebendo treinamento, que o Ministério da Saúde cobrou a implantação e foi informado que até o final do semestre todas as cidades devem estar finalizadas. Também solicitou a aprovação de mais quatro Unidades de Suporte Básico e duas motos.

Em 03 de abril de 2013, ocorreu a 66ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, cuja ata registrava como pauta a apresentação dos custos do SAMU Regional, o Coordenador do serviço apresentou histórico de todo o processo de instalação do SAMU Regional para os novos gestores. Informou que somente Ribeirão Preto e Serra Azul estavam funcionando plenamente. Registrou-se a sugestão de repasse dos municípios que já estavam utilizando os serviços do SAMU para reduzir sobrecarga sobre o município de Ribeirão Preto e ficou pactuado que quando receberem o recurso, o pagamento deverá ser retroativo. Nessa reunião foram apresentados dados relevantes para o financiamento, registrando-se os valores totais de gastos e per capita para a cobertura determinada de uma população equivalente ao habilitado junto ao MS, de 1.356.165 habitantes, conforme as Tabelas 3, 4, 5 e 6 apresentadas abaixo.

VALORES – SAMU REGIONAL

POPULAÇÃO:	1.356.165
TOTAL	R\$ 235.582,64
REPASSE	R\$ 106.880,00

DIFERENÇA	R\$ 128.702,64
CUSTO TOTAL/PER CAPITA	R\$ 0,095

Tabela 3. Custo total e per capita do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - AVH		
CUSTO OPERACIONAL		
CARGOS	Valor Registro	CUSTO/Mês
Dir. Téc. Administrativo	R\$6.000,00	R\$9.173,33
Dir. Téc. Contabil	R\$2.350,00	R\$3.592,89
Dir. Téc. Financeiro	R\$2.350,00	R\$3.592,89
Diretor Executivo	R\$6.000,00	R\$9.173,33
Dir. Téc. Saúde (Médico)	R\$6.000,00	R\$9.173,33
Dir. Téc Saúde (Enfermagem)	R\$6.000,00	R\$9.173,33
Secretaria	R\$1.600,00	R\$2.446,22
Fundo de Reserva (3%)		R\$1.389,76
TOTAL GERAL	R\$47.715,09	
POPULAÇÃO:		1.356.165
TOTAL PER CAPITA:		0,035

Tabela 4. Custo operacional discriminado e per capita do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

CUSTO TOTAL REGULAÇÃO

POPULAÇÃO:	1.356.165
CUSTO TOTAL	R\$ 176.417,73
CUSTO TOTAL/PER CAPITA	R\$ 0,13

Tabela 5. Custo total per capita da Central de Regulação de Urgência do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

CUSTO DAS UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO - USA (PER CAPITA)

REGIÃO (POLO)	TOTAL A SER CONSORCIADO	TOTAL PER CAPITA
USA Ribeirão Preto (Aquífero Guarani)	R\$ 80.430,34	R\$ 0,10
USA Sertãozinho (Horizonte Verde)	R\$ 51.443,77	R\$ 0,13
USA Batatais (Vale das Cachoeiras)	R\$ 73.594,40	R\$ 0,57

Tabela 6. Custo total e per capita das Unidades de Suporte Avançado do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

Em 17 de outubro de 2013, o então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, considerando as Portarias 997/2004, 1010/2012, 1473/2013 e 1161/2013, assina a Portaria 2449 que habilita os Municípios de Altinópolis (SP), Pontal (SP), São Simão (SP), Santa Cruz da Esperança (SP), Santo Antônio da Alegria (SP), Santa Rita do Passa Quatro (SP), Cravinhos (SP), Serrana (SP), Brodowski (SP), Santa Rosa do Viterbo (SP), Luiz Antônio (SP), Pradópolis (SP), Barrinha (SP), Guariba (SP), Guataparã (SP), Jardinópolis (SP) e Monte Alto (SP), a

receberem Unidade de Suporte Básico, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da Central de Regulação das Urgências da Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio mensal de R\$ 13.125,00 para cada município, num total de R\$ 223.125,00.

Na Ata da 80ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 06 de agosto de 2014, tendo como pauta o SAMU Regional RP, foram apresentadas planilhas com balancete referente ao primeiro pagamento que aconteceu em junho registrando-se que alguns municípios não efetuaram pagamento, ressaltando que a inadimplência no mês foi maior, demonstrando assim que este vem sendo um problema vivenciado pelo serviço.

Seguindo o plano de apoio do Ministério da Saúde para a implantação do SAMU Regional, tem-se a Portaria de 03 de outubro de 2014, assinada pelo Ministro da Saúde, considerando as Portarias 997/2004, 1010/2012, 1896/2012, 1473/2013 e 2449/2013 qualifica 21 (vinte e uma) Unidades de Suporte Básico (USB) e 1 (uma) Unidade de Suporte Avançado (USA) pertencentes à Central de Regulação das Urgências do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio aos Municípios de Batatais (SP), Dumont (SP), Jaboticabal (SP), Pitangueiras (SP), Serra Azul (SP), Altinópolis (SP), Pontal (SP), São Simão (SP), Santa Cruz da Esperança (SP), Santo Antônio da Alegria (SP), Santa Rita do Passa Quatro (SP), Cravinhos (SP), Serrana (SP), Brodowski (SP), Santa Rita do Viterbo (SP), Luiz Antônio (SP), Pradópolis (SP), Barrinha (SP), Guariba (SP), Jardinópolis (SP) e Monte Alto (SP). Também foi comunicado o repasse mensal dos municípios com 01 USB de R\$ 13.125,00 para R\$ 21.919,00 e do município de Batatais que possui uma USA e 01 USB, de R\$ 51.625, para R\$ 70.140,00.

Na Ata da 87ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 08 de abril de 2015, tendo como pauta a apreciação do Plano do SAMU Regional, registra-se que o mesmo havia sido discutido em reunião no final de março, com baixa participação, sendo colocados diversos pontos de conflitos referentes ao financiamento, como o custeio nos casos das saídas das ambulâncias além da área do DRS, emergindo registro de Parágrafo no Plano onde o transporte de pacientes fora do âmbito da RRAS 13 será custeado pelo Estado, mas admite-se que, embora defendam que o Estado coloque dinheiro no Plano, não podem responder pela Secretaria neste momento. Apresenta-se uma nova redação do Parágrafo terceiro: “quando houver necessidade de transporte de paciente assistido pelo SAMU REGIONAL para unidade hospitalar localizada fora do território da RRAS 13, o serviço utilizará Unidade de Transporte de reserva própria ou contratada, a ser tripulada por equipe e fornecida pelo SAMU Regional observado o tempo para organização dos recursos necessários para o referido transporte”, sendo proposto que estes parágrafos sejam retirados. Ressalta-se ainda que o transporte sanitário ainda é responsabilidade do município e que não é possível restringir o atendimento do SAMU à área de abrangência da RRAS. Ao final sendo deliberado que o plano deveria ser submetido à avaliação e discussão pela Comissão Intergestora Bipartite.

Considerando as Portarias Ministeriais 1010/2012, 50/2013, 473/2013 e 1600/2013, e o Parecer Técnico constante no Processo nº 25000.587673/2009-93, o Ministro da Saúde assina a Portaria GM 769 de 17 de junho de 2015, que renova a qualificação da Central de Regulação das Urgências (CRU) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da Regional de Ribeirão Preto (SP), Unidades de Suporte Básico (USB) sendo 07 de Ribeirão Preto, 02 de Sertãozinho, 01 de Cajurú e Unidades de Suporte Avançado (USA) sendo 02 de Ribeirão Preto e

01 de Sertãozinho, além da Central de Regulação Regional de RP, com efeito de renovação da qualificação, a partir da competência de janeiro de 2015.

Dando continuidade às discussões sobre o Plano Operacional do SAMU Regional, que era pauta da 90ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 01 de julho de 2015, contém registro em Ata que o Plano já foi enviado com as devidas correções e formatação, e que a pendência que havia ficado era sobre o parágrafo que diz respeito ao transporte de pacientes fora do âmbito da RRAS 13, mostra como ficou após a correção, mas não há registro do texto após correção, o que inviabiliza conhecer as mudanças. Foi deliberado por consenso pela sua aprovação.

Na 94ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 04 de novembro de 2015, cuja pauta para o SAMU era a aquisição de equipamentos para o serviço, são apresentadas demandas para sistema de rádio que custará em torno de R\$ 600,00 a unidade, e Tablets (cujo custo ficaria 50% por conta do município de Ribeirão Preto e o restante seria rateado entre os demais municípios), com custeio mensal de R\$ 0,02 por habitantes, não havendo consenso, pois as opiniões divergem quanto a necessidade, mostrando a dificuldade nessas negociações entre os municípios.

Na 98ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 06 de abril de 2016, cuja pauta incluía Devolutiva do Plano Operacional do SAMU, que já havia sido aprovado por unanimidade na 90ª Reunião, registra-se que foi agendada reunião para o dia 15 de abril às 16 horas para discutir novamente o plano e adequá-lo no que for necessário, verificando as necessidades de cada município, com indicação de um representante de cada CIR para participar da reunião.

Abre-se um parêntese nesses registros para algumas informações constantes nas Atas de Reuniões do CGR para questões de desconforto entre municípios em relação à gestão do Sistema, mostrando que a operação regionalizada de um SAMU envolvendo diversos municípios perpassa por delicadas questões relacionais e políticas.

Assim, destaca-se que nas atas das Reuniões da CGR 75ª (12/03/2014) e 96ª (03/02/2016), 102ª (03/08/2016) aparecem registros claros de desentendimentos entre municípios, de questionamentos sobre condutas da Regulação, sobre os critérios de regulação intermunicipal, queixas de desassistência em alguns municípios, de situações críticas com reservas técnicas de alguns municípios, de desconfortos políticos para realização de transportes, mesmo tendo bem definidas as funções do SAMU Regional.

Na Ata da Reunião 71ª (em 06/07/2016), emerge a cobrança de esclarecimentos sobre critérios de uso das ambulâncias de reservas técnicas pelos municípios consorciados, pois um município que precisou fazer reparo técnico na ambulância e o SAMU não dispunha de reserva para atendê-lo, sendo admitido que o assunto é complexo e que não existe definição de critério, sendo a disponibilidade é baseada na situação apresentada.

Nos desencontros de questões financeiras temos registro dos atrasos de repasse do Ministério da Saúde acarretando custos para o município de RP na Atas das Reuniões 61ª (07/11/2012) e 66ª (10/05/2013). Também há questionamentos sobre planilha de custos e atrasos nos pagamentos de boletos por parte de municípios na Ata da Reunião 80ª (06/08/2014). Há cobranças sobre a prestação de contas do consórcio AVH na Ata da reunião 102ª do CGR (03/08/2016), onde o representante do Consórcio presta esclarecimentos quanto a renovação de frota, sobre uso de comunicadores, chips de smartphones, de ampliação da frota e sobre as reservas técnicas.

Foram encontrados ainda registros em publicações ministeriais de 2016, como a Portaria 3259 de 29 de dezembro de 2016, que considerando as Portarias 997/GM/MS, de 26 de maio de 2004, 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, 1.473/GM/MS, de 18 de julho de 2013 e 460/SAS/MS, de 11 de junho de 2014, habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber 04 Unidades de Suporte Básico (USB) destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) pertencentes à Central de regulação das Urgências Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio mensal de R\$ 13.125,00 por cada USB para o município. Existe também a Portaria 3390, de 29 de dezembro de 2016, que considerando 997/GM/MS, de 26 de maio de 2004, 2.971 GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, 1.010 GM/MS, de 21 de maio de 2012, 1.473 GM/MS, de 18 de julho de 2013 e 460/GM/MS, de 11 de junho de 2014, habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber 2 (duas) unidades de Motolância destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), pertencente a Central de Regulação das Urgências da Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio mensal de R\$ 7.000,00 por cada viatura ao município.

O Quadro 5 mostra o descritivo dos documentos utilizados para análise histórica do SAMU de Ribeirão Preto e de sua transição de serviço municipal para regional.

TEMA ABORDADO	TIPO DE DOCUMENTO	TITULO DO DOCUMENTO	AUTORIA	DATA
Implantação do SAMU 192 em Ribeirão Preto	ARTIGO	Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar	Sérgio Luiz Brasileiro Lopes ¹ & Rosana Joaquim Fernandes ²	1999
	ARTIGO	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	José Sebastião dos Santos ¹ ; Sandro Scarpelini ¹ ; Sérgio Luís L. Brasileiro ² ; Clarice Aparecida Ferraz ³ ; Maria Eulália L. V. Dallora ⁴ & Marcos Felipe Silva de Sá ⁵	2003
Habilitação do SAMU municipal	Portaria	Portaria Ministerial Nº 179	Ministério da Saúde	2004
	Portaria	Portaria Ministerial 997	Ministério da Saúde	2004

	TESE	Análise da configuração de SAMU utilizando modelo hipercubo com prioridade na fila e múltiplas alternativas de localização de ambulâncias	Regiane Máximo de Souza	2005
Transição SAMU para Regional	ATA	32ª Ata da Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2010
	ATA	Ata da 39ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2010
	ATA	Ata da 42ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2011
	ATA	Ata da 49ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2011
	ATA	Ata da 51ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2011
	ATA	Ata da 52ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2012
	Portaria	Portaria Ministerial nº 261	Ministério da Saúde	2012
	ATA	Ata da 54ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2012
	Portaria	Portaria Ministerial nº 1034	Ministério da Saúde	2012
	ATA	Ata da 58ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2012

	Portaria	Portaria Ministerial Nº 1886	Ministério da Saúde	2012
	Portaria	Portaria Ministerial nº 2147	Ministério da Saúde	2012
	ATA	Ata da 61ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2012
	Portaria	Portaria Ministerial nº 50	Ministério da Saúde	2013
	ATA	Ata da 64ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2013
	ATA	Ata da 66ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2013
	Portaria	Portaria Ministerial nº 2449	Ministério da Saúde	2013
	ATA	Ata da 80ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 06 de agosto de 2014	CGR	2014
	Portaria	Portaria 2177	Ministério da Saúde	2014
	ATA	Ata da 87ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2015
	Portaria	Portaria Ministerial nº 769	Ministério da Saúde	2015
	ATA	Ata da 90ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2015
	ATA	Ata da 94ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2015
	ATA	Ata da 98ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2016

		Preto		
	ATA	Ata da 102ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2016
	Portaria	Portaria Ministerial nº 997	Ministério da Saúde	2016
	Portaria	Portaria Ministerial Nº 3390	Ministério da Saúde	2016

Quadro 5. Descritivo dos documentos utilizados para análise histórica do SAMU de Ribeirão Preto e de sua transição de serviço municipal para regional.

Do ponto de vista operacional, o SAMU 192 Regional do DRS XIII, atualmente possui um linha telefônica única (192) para todos os 26 municípios das três microrregiões do DRS XIII, uma Central de Regulação de Urgências descentralizada, rede informatizada, transportes (USB, USA, Motolâncias, Transporte/Apoio Aeromédico, Transportes simples - Van, Ambulâncias tipo “A”), incentivo, investimento, custeio, habilitação, qualificação, indicadores do SAMU 192 exigidos pelo Ministério da Saúde, coordenador do serviço, responsável técnico, responsável de enfermagem e médicos reguladores, tudo conforme as exigências definidas na Portaria de nº 1010, de 21 de maio de 2012. Os chamados realizados por meio do telefone 192 são recepcionados por técnico auxiliar de regulação médica (TARM) que fazem o registro em um sistema informatizado, sendo que todas as ligações telefônicas são gravadas. Após este registro inicial, a TARM pode passar o chamado que necessite de transporte diretamente para a radio-operadora em casos leves ou aciona o médico da Regulação Primária que faz uma triagem de gravidade presumida discernindo a gravidade de cada caso, despachando, intervindo, acompanhando e, indicando e enviando o recurso necessário, de acordo com a oferta disponível naquele momento.

A Central de Regulação de Urgência recebe ainda chamados para transporte inter-unidades de saúde de Ribeirão Preto por meio de dois outros números telefônicos, bem como de

solicitação de agravos à saúde de pacientes que já receberam atendimento pré-hospitalar fixo, estejam eles em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento ou Hospitais de baixa, média e alta complexidade. Esta é a chamada ligações “Saída” (pacientes que já estão em atendimento em serviços de saúde). Diante desta situação, os chamados realizados nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, passam por um processo de regulação própria e são encaminhadas para três profissionais médicos da Regulação Secundária, que passam a trabalhar com gravidade comprovada e determinam o destino da porta de urgência/emergência, consultas de agendamento priorizado com especialidades ou exames complementares e, também determinam o tipo de transporte a ser realizado.

As solicitações dos outros 25 municípios do DRS-13 para pacientes já em atendimento em serviço de saúde e que necessitam de transferência para serviços de maior complexidade são regulados por médicos da Central de Regulação Estadual (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS), cuja sede é na cidade de São Paulo (capital). Estes médicos entram em contato com os serviços de referência intra ou intermunicipal para acertar a transferência dos mesmos e, uma vez conseguida, é necessário entrar em contato com o SAMU Regional para providenciar o veículo de transporte dos pacientes já regulados pela CROSS.

Desnecessário dizer que a unificação das duas centrais de regulação facilitaria tanto para quem encaminha quanto para quem recebe os pacientes, porém motivos de natureza política até agora não viabilizaram tal integração destes serviços.

Atualmente existem 4 unidades de suporte avançado (USA) e 39 unidades de suporte básico (USB) distribuídas nos 26 municípios, sendo 2 USAs e 13 USBs em Ribeirão Preto, 1 USA e 2 USBs em Sertãozinho, 1 USA e 1 USB em Batatais e 1 USB em cada uma das demais 23 cidades da DRS-13.

O Gráfico 1 apresenta os atendimentos realizados pelo SAMU 192 no município de Ribeirão Preto antes do início da regionalização, os atendimentos do período eram realizados com USB e ambulâncias tipo “A”. Destaca-se que no período anterior à regionalização, o SAMU 192 de Ribeirão Preto não havia programas informatizados para a registro dos dados e, dessa forma não há dados dos chamados telefônicos. Também segundo os registros de dados sobre o número de atendimentos dos anos de 2006, 2007 e 2008, raramente ultrapassavam 3 mil casos por mês.

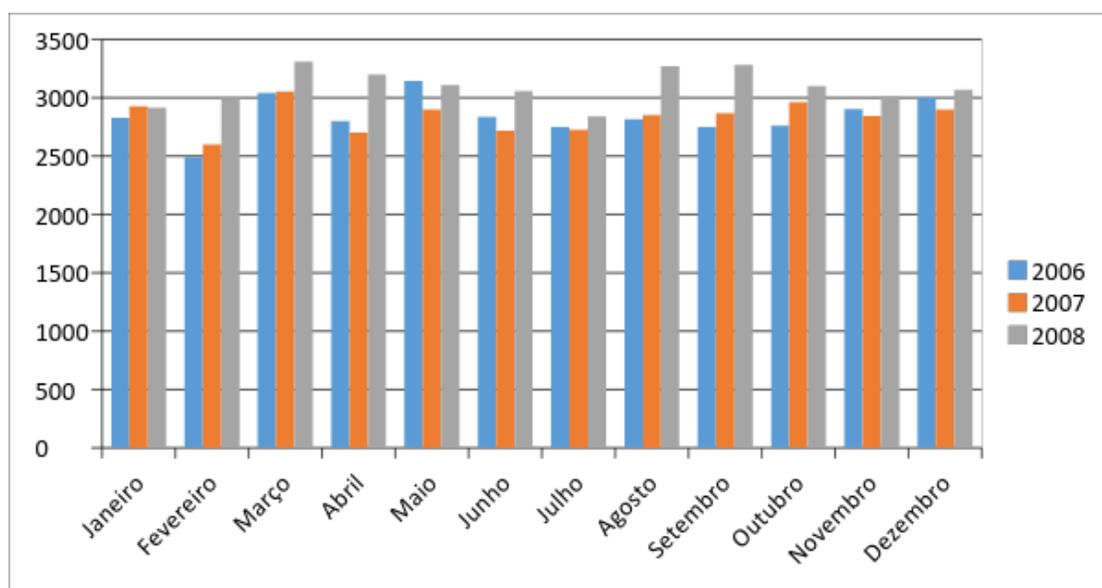


Gráfico 1. Atendimentos do SAMU 192 da DRS XIII, realizados nos anos de 2006, 2007 e 2008, no município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2017.

Antes da contextualização dos chamados telefônicos, alguns termos precisam ser esclarecidos. Dentro do SAMU 192 do DRS XIII, o termo Ligação de “Entrada” são todos os chamados recebidos por meio do número 192, no qual a população liga solicitando socorro; já o termo Ligação de “Saída” são todos os chamados recebidos de Unidades de Saúde, solicitando transporte para outra Unidade de Saúde.

O termo “Socorro” destina-se a todo e qualquer tipo de atendimento fora de Unidades de Saúde, como vias públicas, residências, etc., enquanto o termo “Transporte” é utilizado quando o paciente se encontra em uma Unidade de Saúde e precisa ser transferido para outra Unidade de Saúde devido à complexidade do seu caso em termos de necessidades de recursos humanos, diagnóstico e terapêutico.

Após a regionalização do SAMU 192, os chamados telefônicos cresceram, conforme o gráfico apresentado abaixo, observa-se que variou entre 447.399 mil a 489.023 mil ligações de “Entrada” (Gráfico 2), sendo que dentro desses chamados temos Ligações Atendidas, Engano, Fora da Abrangência, Pedido de Informações, Interrompidas, Regulação, Repetidas e Trote. No Gráfico 2, observa-se três colunas, sendo que a primeira mostra as ligações de “Entrada” (total de ligações recebidas durante o referido ano), a segunda com as ligações de “Regulação” (que houveram envio do transporte), por fim, a terceira coluna com as “Demais ligações” (expondo os demais motivos de ligações, como, “Chamando – não houveram atendimento”, “Engano”, “Fora de Abrangência”, “Informação”, “Interrompida”, “Repetida”, “Atendidas – ligações atendidas, mas não finalizada, sem envio de transporte” e “Trote”) recebidas no ano referido. A média geral anual de 2013 a 2016 foi 463.980 mil ligações recebidas de “Entrada”, o que equivale a uma média mensal de 38.665 mil ligações. Dentro de todas as ligações recebidas, destaca-se as ligações que houveram envio de transporte “Regulação”, sendo uma média anual de 130.855 mil (28,2%).

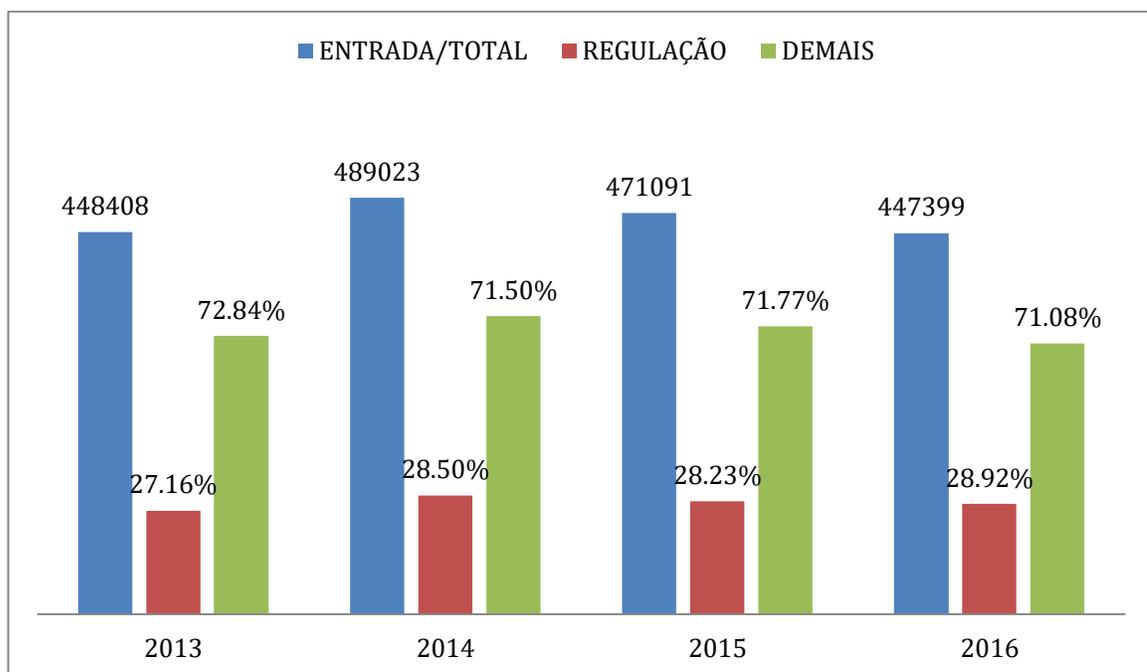


Gráfico 2. Número de ligações para a Central de Regulação de Urgências (192), com destaque para aquelas que tiveram despacho de ambulâncias durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, para todos os municípios da DRS XIII. Ribeirão Preto, 2017.

A Tabela 7 apresenta o número de atendimentos do SAMU 192 do DRS XIII, nos anos de 2013 a 2016, categorizando os atendimentos mensais em “Socorro” e “Transporte”. Comparando com o gráfico 1, que apresenta os atendimentos realizados pelo SAMU 192 do DRS XIII antes de sua regionalização com média de 35.104 atendimentos totais anuais nos anos de 2006 a 2008, observa-se um aumento expressivo no número de atendimentos após a regionalização do SAMU 192 do DRS XIII com uma média total de 134.315 atendimentos, o que representa um aumento de 382,62%, sendo uma média de 78.967 mil atendimentos anuais de “Socorro” e 55.347 mil atendimentos anuais de “Transporte”, abrangendo os 26 municípios.

ATENDIMENTO SAMU 192 DRX III - 2013													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
SOCORRO	5.012	4.705	5.566	5.431	5.316	6.128	6.686	7.020	6.921	6.932	6.915	7.228	73.860
TRANSPORTE	2.366	2.133	2.468	2.555	2.447	2.508	2.763	2.836	2.757	2.811	2.481	3.387	31.512
ATENDIMENTO SAMU 192 DRX III - 2014													

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
SOCORRO	7.128	6.692	6.949	7.033	7.151	6.680	6.715	6.977	6.961	7.049	6.382	6.589	82.306
TRANSPORTE	4.390	4.192	4.478	4.564	4.723	4.700	4.926	5.223	5.193	5.575	4.988	4.862	57.814
ATENDIMENTO SAMU 192 DRX III - 2015													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
SOCORRO	6.509	6.095	6.958	6.963	6.800	6.312	6.389	6.668	6.534	6.844	6.342	6.842	79.256
TRANSPORTE	5.371	4.767	5.080	4.921	5.025	4.931	5.029	5.275	4.981	5.537	5.417	5.299	61.633
ATENDIMENTO SAMU 192 DRX III - 2016													
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
SOCORRO	7.025	6.985	7.231	7.001	6.620	6.227	6.488	6.636	6.589	6.816	6.329	6.501	80.448
TRANSPORTE	5.314	5.491	6.039	5.686	5.819	5.598	5.613	6.123	6.126	6.189	6.241	6.192	70.431

Tabela 7. Número mensal de atendimentos do SAMU 192 do DRS XIII, durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, no Município de Ribeirão Preto, diferenciando os atendimentos de “Socorro” e “Transporte”. Ribeirão Preto, 2017.

Na Tabela 8 notamos que o aumento do número de atendimentos ocorreu tanto nos "Socorros" (todo e qualquer tipo de atendimento fora de Unidades de Saúde), quanto no "Transporte" (paciente atendido em uma unidade que necessita deslocar-se para outra). No entanto, com a regionalização, o aumento nas solicitações de transporte acumula um crescimento muito mais expressivo (+104,35%).

Tipo de atendimento	2013	2014	Variação anual	2015	Variação anual	2016	Variação anual	Total acumulado
SOCORRO	73.860	82.306	+11,44%	79.256	-3,7%	80.448	+1,5%	+9,24%
TRANSPORTE	31.512	57.814	+83,47%	61.633	+6,61%	70.431	+14,27%	+104,35%

Tabela 8. Variação anual do número total de atendimentos do SAMU 192 do DRS XIII, durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, no Município de Ribeirão Preto, diferenciando os atendimentos de “Socorro” e “Transporte”. Ribeirão Preto, 2017.

As Tabelas 9, 10, 11 e 12 apresentam os tipos de transportes utilizados após a regionalização do SAMU 192 do DRS XIII, comparando com as três microrregiões, observa-se que em todos os anos (2013, 2014, 2015 e 2016) os mais utilizados foram USA, USB e VAN,

destacando-se que os números totais de atendimentos cresceram conforme o passar dos anos, porém a microrregião que mais apresenta atendimentos é o Aquífero Guarani, devido sua maior população e maior número de municípios que a compõem, assim como também a maior quantidade de unidades de saúde. É interessante notar que o aumento gradativo do número de transporte de pacientes de 2013 a 2016, respectivamente 31.494, 57.814, 61.612 e 70.407, deu-se principalmente em virtude do incentivo de transporte por meios próprios de 768 (2,44%) em 2013 para 26.512 (37,65%) em 2016. A utilização da USA para transporte de pacientes teve pouca variação em números absolutos e percentuais entre as 3 microrregiões: 63,55 a 66,25% no Aquífero Guarani, 17,97 à 20,92% no Horizonte Verde e 14,53 a 15,78% no Vale das Cachoeiras. O mesmo ocorreu na utilização da USB entre as 3 microrregiões: 79,23 a 87,12% no Aquífero Guarani, 9,04 a 13,71% no Horizonte Verde e 3,84 a 7,40% no Vale das Cachoeiras.

TRANSPORTES - ANO DE 2013					
TIPOS DE TRANSPORTE	A. GUARANI	H. VERDE	V. CACHOEIRAS	TOTAL	%
T. PRÓPRIO	767	1	0	768	2,44
T. MEDICALIZADO - USA	1.819 (64,99%)	558 (19,93%)	422 (15,08%)	2.799	8,89
T. MEDICALIZADO/DOADOR	19	11	6	36	0,11
T. SIMPLES - "A"	172	22	6	200	0,64
T. SIMPLES - USB	24.084 (87,12%)	2.498 (9,04%)	1.062 (3,84%)	27.644	87,77
T. / SIMPLES - VAN	43	0	0	43	0,14
T. / APOIO AEROMÉDICO	1	1	1	3	0,01
T. / INTERN. COMPULSÓRIA	0	1	0	1	0,00
TOTAL	26.905 (85,49%)	3.092 (9,82%)	1.497 (4,75%)	31.494	100,00

Tabela 9. Tipos de transportes divididos por regiões do DRS XIII no ano de 2013. Ribeirão Preto, 2017.

TRANSPORTES - ANO DE 2014					
TIPOS DE TRANSPORTE	A. GUARANI	H. VERDE	V. CACHOEIRAS	TOTAL	%
T. PRÓPRIO	22.239	0	0	22.239	38,47
T. MEDICALIZADO - USA	2.083 (66,25%)	565 (17,97%)	496 (15,78%)	3.144	5,43

T. MEDICALIZADO/DOADOR	4	1	2	7	0,01
T. SIMPLES - "A"	1047	111	16	1.174	2,03
T. SIMPLES - USB	23.785 (83,02%)	3.148 (10,99%)	1.717 (5,99%)	28.650	49,56
T. / SIMPLES - VAN	2591	7	2	2.599	4,50
TOTAL	51.749 (89,51%)	3.832 (6,63%)	2.233 (3,86%)	57.814	100,00

Tabela 10. Tipos de transportes divididos por regiões do DRS XIII no ano de 2014. Ribeirão Preto, 2017.

TRANSPORTES - ANO DE 2015					
TIPOS DE TRANSPORTE	A. GUARANI	H. VERDE	V. CACHOEIRAS	TOTAL	%
A. GMAU-MOTOLÂNCIA	3	0	1	4	0,01
T. PRÓPRIO	23.981	0	1	23.982	38,92
T. MEDICALIZADO - USA	1.991 (63,77%)	644 (20,63%)	487 (15,60%)	3.122	5,07
T. MEDICALIZADO/DOADOR	2	1	0	3	0,00
T. SIMPLES - "A"	937	1.303	20	2.260	3,67
T. SIMPLES - USB	23.738 (80,75%)	3.484 (11,85%)	2.174 (7,40%)	29.396	47,71
T. / SIMPLES - VAN	2.819	16	1	2.836	4,60
T. / APOIO AEROMÉDICO	0	3	0	3	0,00
T. / INTER. COMPULSÓRIA	8	4	3	15	0,02
TOTAL	53.470 (86,79%)	5.455 (8,85%)	2.687 (4,36%)	61.612	100,00

Tabela 11. Tipos de transportes divididos por regiões do DRS XIII no ano de 2015. Ribeirão Preto, 2017.

TRANSPORTES - ANO DE 2016					
TIPOS DE TRANSPORTE	A. GUARANI	H. VERDE	V. CACHOEIRAS	TOTAL	%
A. GMAU-MOTOLÂNCIA	2	0	0	2	0,00
T. PRÓPRIO	26.509	2	1	26.512	37,65
T. MEDICALIZADO - USA	2.252 (64,55%)	730 (20,92%)	507 (14,53%)	3.489	4,96
T. MEDICALIZADO/DOADOR	4	5	0	9	0,01
T. SIMPLES - "A"	957	5.347	35	6.339	9,00
T. SIMPLES - USB	24.718 (79,23%)	4.277 (13,71%)	2.201 (7,06%)	31.196	44,31
T. / SIMPLES - VAN	2.812	18	12	2.842	4,04
T. / APOIO AEROMÉDICO	0	6	0	6	0,01
T. / INTER. COMPULSÓRIA	1	9	2	12	0,02
TOTAL	57.255 (81,32%)	10.394 (14,76%)	2.758 (3,92%)	70.407	100,00

Tabela 12. Tipos de transportes divididos por regiões do DRS XIII no ano de 2016. Ribeirão Preto, 2017.

Nas Tabelas de 9 a 12, nota-se que houve um aumento importante de 2.814,07% na utilização do transporte próprio até a unidade de saúde ao longo dos anos de estudo, porém houve também aumento no “Socorro” e no “Transporte” de 9,70% e 38,18%, respectivamente.

Na Tabela 13 podemos notar a variação de utilização das unidades de suporte básico (USB) e suporte avançado (USA) após a regionalização do SAMU, notando um crescimento notável de 25,91% na utilização da USA e de decréscimo de -5,04% na utilização da USB como meio de transporte. A análise criteriosa deste dados, bem como sua discriminação de acordo com os vários municípios dentro de cada microrregião de saúde permitirá ajustes de gestão necessários para adequar a oferta à demanda e identificar eventuais subutilização de recursos que necessitem realocações geográficas ou funcionais.

Tipo de transporte	2013	2014	Varição anual	2015	Varição anual	2016	Varição anual	Total acumulado
USA	1.572	1.837	+16,86%	1.715	-6,64%	1.984	+15,69%	+25,91%
USB	22.814	21.312	-6,58%	20.518	-3,73%	21.599	+5,27%	-5,04%

Tabela 13. Variação anual do número total de atendimentos do SAMU 192 do DRS XIII, durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, no Município de Ribeirão Preto, nos atendimentos de “Transporte” entre o uso da USA e USB. Ribeirão Preto, 2017.

Nos Gráficos 3, 4, 5, e 6 podemos observar os dez principais CID’s diagnosticados nos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016 no DRX XVIII, nota-se que alguns CID’s se repetiram durante os quatro anos seguidos, sempre destacando-se nos números de atendimentos mais elevados, são eles, Acidente Vascular Encefálico (AVE), não especificado como hemorrágico ou isquêmico; Pneumonia por microorganismos não especificados; Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); e Dor abdominal e pélvica.

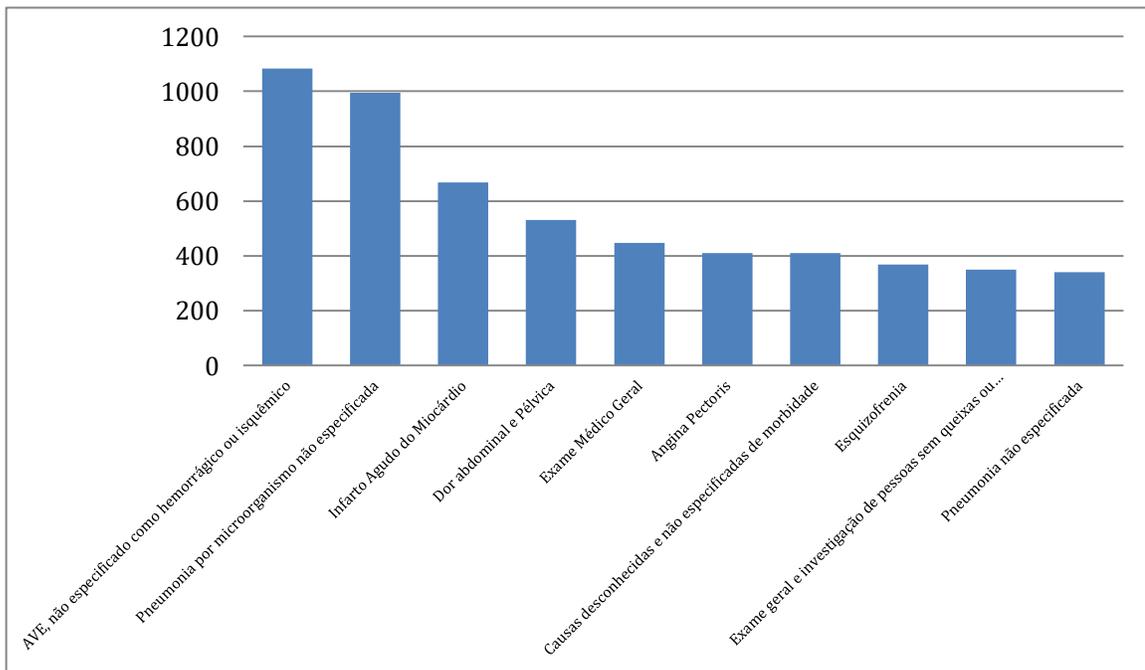


Gráfico 3. Principais CID's atendidos no ano de 2013 no DRS XVIII pelo SAMU 192. Ribeirão Preto, 2017.

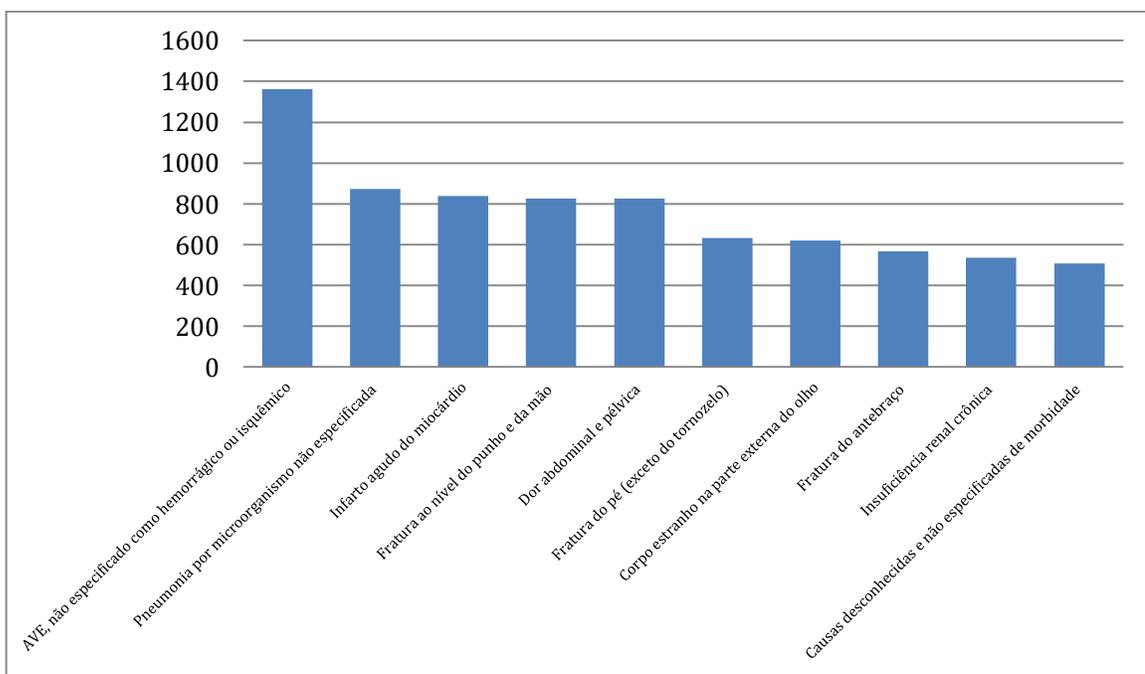


Gráfico 4. Principais CID's atendidos no ano de 2014 no DRS XVIII pelo SAMU 192. Ribeirão Preto, 2017.

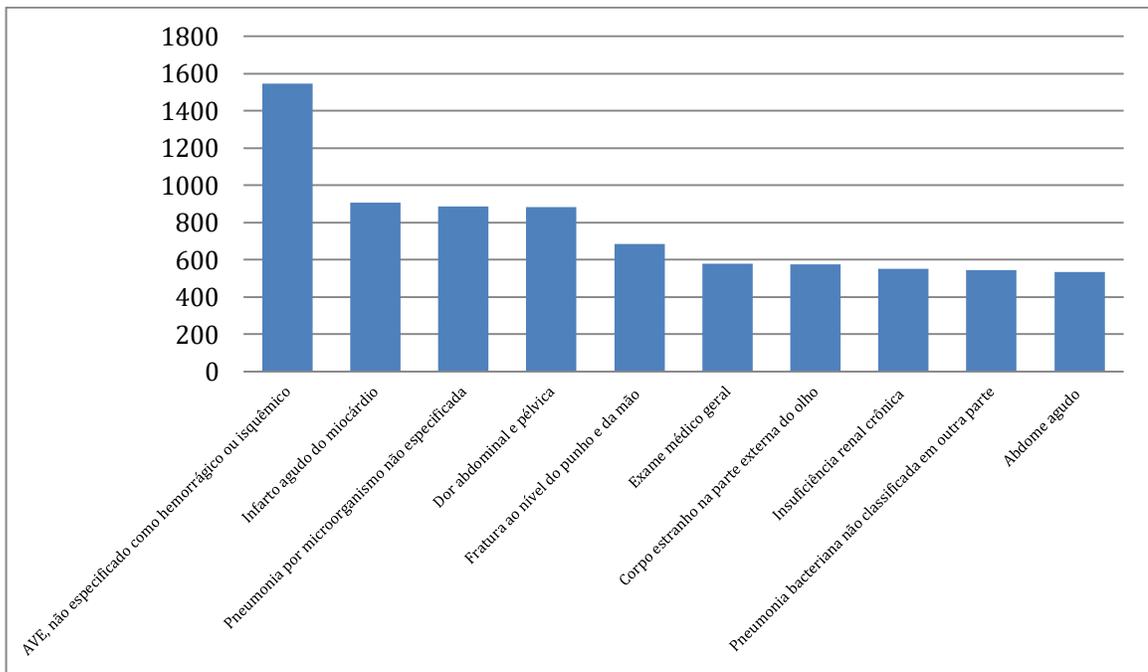


Gráfico 5. Principais CID's atendidos no ano de 2015 no DRS XVIII pelo SAMU 192. Ribeirão Preto, 2017.

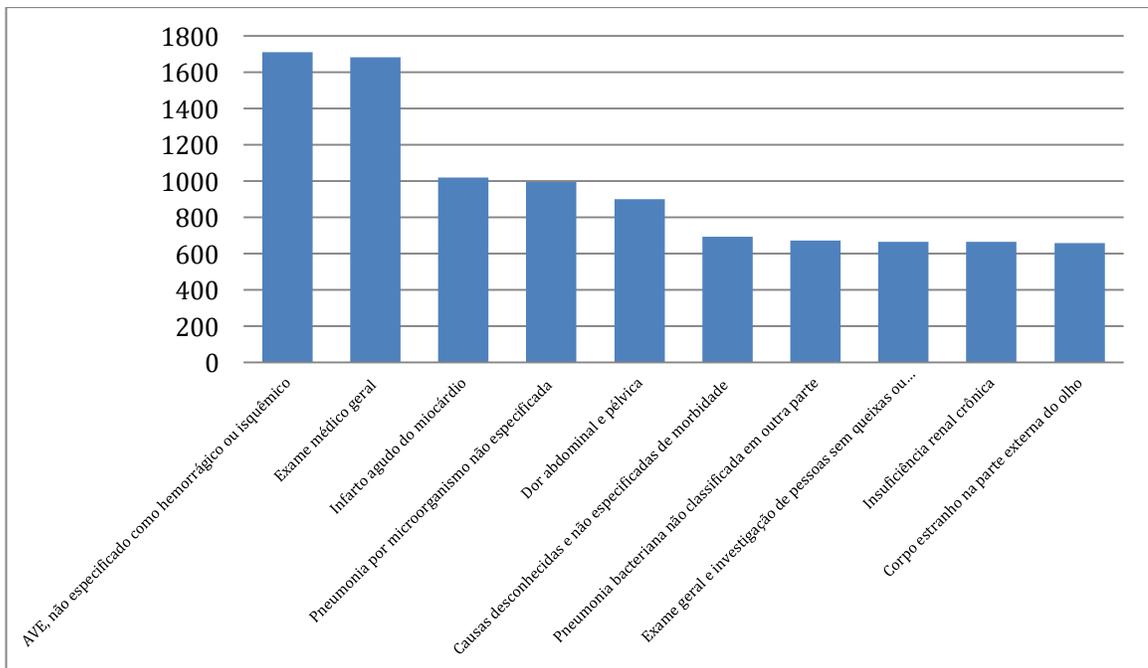


Gráfico 6. Principais CID's atendidos no ano de 2016 no DRS XVIII pelo SAMU 192. Ribeirão Preto, 2017.

No Gráfico 7, observa-se o total de transportes enviados “Regulação”, comparando com os atendimentos entre unidades de saúde “Transporte”, atendimentos em via públicas “Socorro” e a utilização do transporte do próprio paciente “Transporte próprio”.

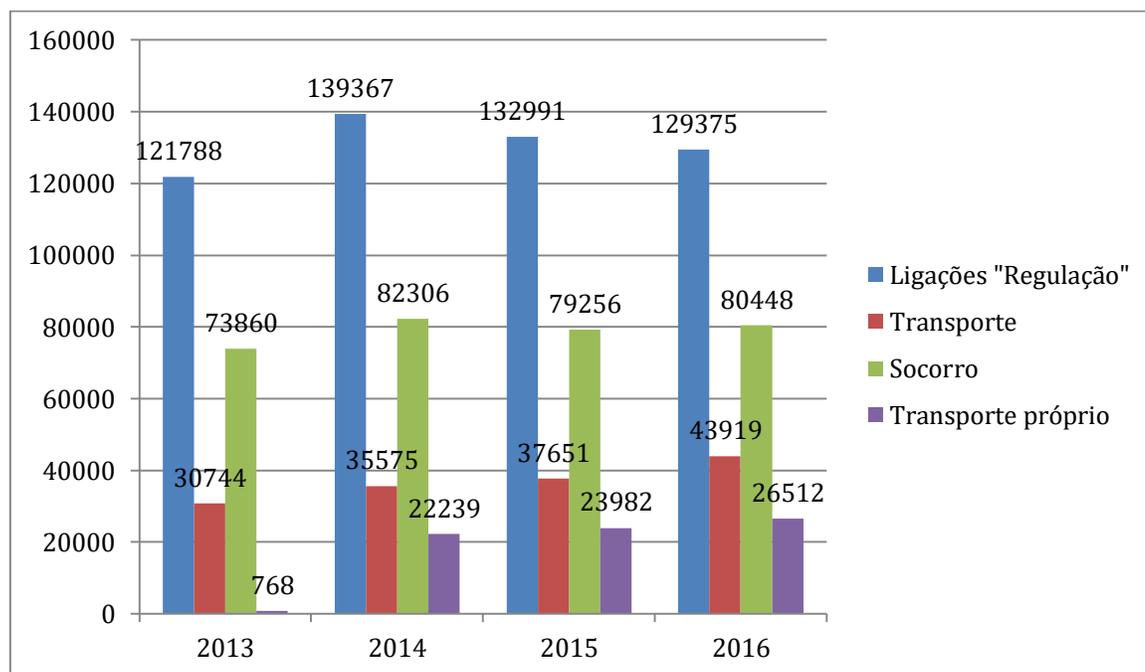


Gráfico 7. Número de ligações “Regulação” que houveram despacho de transporte, com separação entre “Transporte”, “Socorro” e o transporte do próprio paciente, durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, para toda DRS XIII, Ribeirão Preto, 2017.

6. DISCUSSÃO

O município de Ribeirão Preto teve uma das iniciativas pioneiras na transformação do serviço de APH em SAMU Municipal no ano de 1998, sendo que sua qualificação com repasse regular de verbas federais ocorreu somente em 20 de maio de 2004 por meio da Portaria Nº 179. Até este momento, todo o custeio das ambulâncias, central de regulação de urgência e dos recursos humanos foi realizado pelo próprio município.

Outra ação pioneira do município de Ribeirão Preto foi a decisão de recebimento hospitalar de pacientes encaminhados pelo atendimento em cena nas ambulâncias do SAMU e nas unidades de saúde somente após obrigatório contato telefônico para a Central de Regulação de Urgência com avaliação do caso pelos médicos reguladores e estes, definindo o local de atendimento hospitalar e realizando a comunicação também obrigatória aos médicos que serão responsáveis pela avaliação inicial, autorizavam o transporte dos pacientes. Isto ocorreu a partir de 17 de janeiro de 2000. Esta experiência serviu como estudo piloto para a Portaria 2048, que é o marco histórico do regulamento técnico do atendimento de urgência, que foi publicada quase três anos depois, em 05 de novembro de 2002. Esta determinação de encaminhamento aos serviços de saúde de referência persiste até hoje e é um diferencial no preparo hospitalar para recebimento, principalmente dos pacientes com emergências traumáticas e não traumáticas mais graves, pois permite melhor preparo da equipe de atendimento, mobilizações de leitos, preparo de salas cirúrgicas e até o acionamento precoce do protocolo de transfusão maciça.

É preciso salientar que antes da regionalização do SAMU de Ribeirão Preto, mesmo com o fluxo operacional bem definido dentro da Central de Regulação de Urgência, o processo de abertura e seguimento dos chamados era todo realizado por meio de fichas em papel e não era cultura da gestão a consolidação mensal dos dados para criação e discussão de indicadores de

desempenho, haja visto o pouco registro de dados deste período histórico. O acionamento da equipe de atendimento pré-hospitalar, tanto nas USBs quanto nas USAs, eram realizados somente via rádio, não se utilizava localizador de chamadas telefônicas, os locais de chamadas que não eram de conhecimento dos condutores das ambulâncias precisavam ser procurados, em geral pelo médico durante o deslocamento da ambulância, em mapas impressos numa brochura e as radio-operadoras tinham que ter uma boa noção espacial geográfica e memória suficiente para saber quais ambulâncias estavam transportando pacientes e quais estavam liberadas para atendimento, mesmo já tendo disponíveis uma série de tecnologias que permitiriam a maior agilização e segurança dos atendimentos.

Mesmo com a criação dos Núcleos de Educação de Urgência (NEUs) para capacitação de recursos humanos, previstos na Portaria 2048, seu funcionamento inicial foi muito lento e acanhado, ganhando maior impulso somente nos últimos anos.

Historicamente nota-se que após a publicação da Portaria 2048, houve uma concentração de ações e recursos financeiros na parte operacional das ambulâncias para atendimento em cena e transporte, em detrimento ao fortalecimento da inteligência e interligação do sistema de urgência, que ficou sob a responsabilidade da Central de Regulação. As atividades da regulação médica foram relegadas à um segundo plano e isto fez que com o desenvolvimento tanto do seu processo interno de trabalho quanto da integração com a rede de serviços não tivesse avanços significativos por quase uma década.

Esta falta de sincronismo entre os “samuzeiros” e os reguladores fez com que fosse postergada a visão da necessidade de formação de uma rede de atendimento de urgência, que foi ainda mais demorada pelo incentivo à implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) a partir do meio da segunda metade dos anos 2000. Com isto, privilegiou-se o funcionamento do

atendimento pré-hospitalar móvel e fixo, mas sem uma adequada central de regulação de urgência que não foi suficientemente crítica e nem emponderada na discussão do maior gargalo atual do atendimento às urgências, que é a falta de leitos hospitalares. Para tentar controlar a situação de superlotação, as UPAs se transformaram em verdadeiros “hospitais secundários” mal estruturados para tal função, o que contribuiu para piorar ainda mais a superlotação.

Com a maior abrangência de cobertura dos SAMUs, houve a necessidade de pactuação de diretrizes para financiamento de ações voltadas à organização da rede de atenção à urgência e emergência, surgiu a Portaria GM nº 1020/2009 que estabeleceu diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências (BRASIL, 2009). Em seguida, a Portaria GM nº 1010 (21 de maio de 2012) redefiniu as diretrizes para a implantação e incentivos financeiros de custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências dentro de um processo de Regionalização (BRASIL, 2012). Dentro deste contexto nacional, e com o aumento populacional e as dificuldades de atendimento das cidades no entorno de Ribeirão Preto, houve a necessidade de se transformar e expandir a abrangência do SAMU Municipal de Ribeirão Preto para o âmbito regional numa discussão que já se iniciou de forma tímida nas Atas de Reuniões do Conselho Intergestores Regionais de Saúde (CIR) da DRS XIII desde abril de 2010 (32ª reunião) e foi se intensificando até a Ata da 54ª Reunião (04 de abril de 2012) com a aprovação do consórcio regional intermunicipal, trazendo muitas vantagens para a saúde dos municípios participantes.

No levantamento dos documentos referentes à implantação do SAMU Regional, foram encontradas as ATAS que apresentam os fatos importantes dessa transição do SAMU Regional, será apresentado um breve histórico dos fatos importantes que nelas constam.

A ideia do SAMU Regional do DRS XIII surgiu em 2010 com o intuito de melhorar e ampliar o atendimento pré-hospitalar (APH) em todos os municípios que compõem o DRS XIII e atender as normas do Ministério da Saúde, pois na época o atendimento de APH era confuso e não era amplo a todas as cidades. Em 2010 os esforços para a implantação do SAMU Regional começaram a ficar mais intenso, o DRS XIII havia sido contemplada com a liberação das algumas USA, para serem distribuídas entre as cidades polos do DRS XIII. Nas reuniões viu-se a importância de um Conselho Gestor da Regional e da Urgência e Emergência com a participação dos municípios polos como membros natos do conselho, porém não havia sido viabilizada a realização do conselho.

No ano de 2010, já havia a preocupação da transição do SAMU para o SAMU Regional, a unificação do SAMU com o chamado para o número 192 e também a unificação com a Central de Regulação Médica que estavam começando seu funcionamento. Como os serviços de telefonia, Regulação e SAMU eram separados, havia uma certa dificuldade da população no entendimento e fluxo de atendimento das USBs e USAs, havia também a dificuldade da mobilidade das USAs fora da cidade que a viatura se encontrava e como objetivo principal da montagem do SAMU Regional era a ampliação do seu atendimento de baixa e alta complexidade em todas as cidades da DRS XIII em um tempo resposta curto.

Inicialmente surge a ideia que Serra Azul seria a primeira cidade a testar a unificação do SAMU Regional, com a regulação e os chamados do 192, porém após algumas reuniões foi discutido e acordado que o início da unificação dos serviços seria colocado na prática na cidade de Sertãozinho (um dos polos do DRS XIII) em janeiro de 2012, em sequencia de poucos meses foram incluído as outras cidades do DRS XIII. O fluxo de atendimento do SAMU Regional do DRS XIII, ficou mais claro e melhor organizado com a nova proposta, no qual o paciente liga

192, a chamada cai na Central de Regulação de Ribeirão Preto, que por sua vez, direciona a ocorrência para a viatura da determinada ocorrência da cidade ou polo referente a cidade, dependendo da gravidade de cada ocorrência. Juntamente com o início da regionalização do SAMU, foi implementado um programa de informatização chamado TRUE, que envia em tempo real todas as informações dos chamados, com esse programa a organização dos dados se tornou mais eficaz e completa, auxiliando toda a equipe do SAMU.

Um outro passo em 2011 a se avançar eram as discussões sobre consórcios de saúde, porém como os coordenadores da época tinham pouca experiência com consórcio se viu a necessidade e importância de trazer pessoas de fora de Ribeirão Preto e com experiência em consórcio para mostrar aos coordenadores do SAMU Regional do DRS XIII o funcionamento e as vantagens do consórcio. No começo as cidades menores ficaram com receio em aderir, pois havia o pensamento que gastariam muito, porém após muitas reuniões e mostrar que as vantagens seriam grandes e o gasto reduzido, os prefeitos das cidades do DRS XIII foram aderindo ao consórcio, pois o Consórcio Intermunicipal de Saúde CIS-AVH foi criado para suprir todas as demandas financeiras de saúde, iniciado as discussões sobre ele em 2011, elaborado em 2012 e finalizado em 2014, com o principal objetivo de trabalhar e auxiliar na parceria da gestão da saúde junto as Secretarias Municipais da Saúde do DRS XIII nas formas de contratação de serviços, aquisições de insumos a saúde, credenciamento de exames laboratoriais e de imagem entre outros, inclusive o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

A Regionalização do SAMU de Ribeirão Preto ocorrida em 2012, onde definiu-se nas reuniões ocorridas nas CIR (Conselho Inter-gestores Regionais) no DRS XIII como consta em atas, a composição e o custeio do SAMU Regional, nos componentes USBs, USAs e CURM (Central Única de Regulação Médica), sendo variável entre habilitada e qualificada conforme

portaria portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013 que altera a portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

Com os avanços e cumprimentos das portarias, no ano de 2013 todos os municípios foram contemplados com as ambulâncias USB, porém ainda faltavam a capacitação desses profissionais, o que pode-se observar é um requisito dentro da portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013, na formação do SAMU Regional, aos poucos esses profissionais foram sendo capacitados e com isso melhorando efetivamente o atendimento as ocorrências. Nesse ano referido, o SAMU Regional do DRS XIII crescia cada vez mais, pois a cada momento os pontos fracos eram discutidos em reuniões para pensar em soluções no melhoramento do fluxo do SAMU Regional.

Notou-se grandes avanços com a transição do SAMU Municipal para o SAMU Regional, uma delas foi à linha telefônica unificada para os municípios do DRS XIII, tornando o atendimento mais preciso, facilitando o envio do transporte, melhorando o tempo-resposta dos atendimentos e facilitando os usuários com a unificação de um único número para chamados.

Com o decorrer do tempo e melhoria no tempo resposta dos atendimentos, surge a ideia das “Motolâncias” para que pudesse ser realizado um atendimento de forma mais rápida no local. Com a ampliação do atendimento e crescimento populacional os veículos foram ganhando melhorias, como, USB de tração 4x4, para melhoria do tempo resposta e possibilitando o atendimento aos municípios em locais de difícil acesso. Porém, havia dificuldades em alinhamento de ideias entre a CROSS e o SAMU Regional do DRS XIII e para melhorar esse fluxo foram realizadas capacitações de ambas as equipes.

A Central de Regulação de Urgências é o local de recebimento dos chamados, tanto para as unidades de saúde como para os usuários fora das unidades de saúde. A Central de Regulação de Urgências foi evoluindo muito com o decorrer dos anos, notou-se a capacitação dos profissionais para todos os tipos de atendimentos, facilitando a escolha correta para o envio do transporte, essa central que abrange todos os municípios é a forma mais organizada para receber as informações e continuar o processo do atendimento. Nesse Centro a rotina é 24 horas por dia, tornando continuo o cuidado a saúde da população de todos os municípios do DRS XIII.

Em reuniões para melhoria do SAMU Regional, discutiu-se a autonomia do SAMU frente à tomada de decisões nas urgências, acordos para o crescimento do SAMU Regional do DRS XIII, que fizeram toda a diferença no tempo resposta do atendimento. Em reuniões mais recentes, foram observados os constantes esforços para melhorias do SAMU Regional, quanto à adequação dos pontos fracos, também discutido novas parceiras com hospitais no município de Ribeirão Preto para atendimento de determinados tipos de ocorrências, para que dessa forma os pacientes tivesse uma melhor qualidade nos recursos.

Com a regionalização o DRS XIII conseguiu um avanço considerável para a APH, distribuindo USBs em todos os municípios e USAs nos municípios polo, trazendo um melhor tempo-resposta no atendimento, intervenção imediata com mais recursos e profissionais capacitados para atender a todos os tipos de ocorrências.

Nota-se um avanço considerável no número de atendimentos antes da regionalização comparando com após a regionalização, isso mostrou o crescimento e abrangência do serviço, também observa-se um melhor atendimento as complexidades das ocorrências.

O repasse financeiro foi um item importantíssimo na construção do SAMU Regional do DRS XIII. Os valores abaixo seguiram o repasse financeiro segundo as Portaria nº1010, de 21 de

maio de 2012 do Ministério da Saúde, que posteriormente foi substituída pela Portaria nº1473/GM/MS de 18 de julho de 2013. Dentro das duas portarias citadas há vários valores a ser repassado, porém irá variar conforme ao número populacional de cada local, para o repasse ao DRS XIII a quantidade populacional é referente à junção de todos os municípios (com 1.356.165 habitantes). O DRS XIII seguiu a norma de repasse financeiro de 350.001 a 3.000.000 ou 700.001 a 1.500.000 habitantes. Outro item muito importante para o repasse financeiro é a Habilitação e Qualificação das unidades do SAMU Regional.

De acordo com as portarias ministeriais foram Habilitadas as unidades que demonstraram o funcionamento efetivo da Central de Regulação e Unidades Móveis mediante a apresentação de uma série de documentos que constam nas portarias citadas anteriormente, sendo esses os documentos: Central de Regulação (Documento sobre o incentivo financeiro de custeio; Escala dos profissionais em exercício; Parecer informando a data de início de funcionamento; Termo de compromisso com relação a manutenção da padronização; Declaração sobre o funcionamento de sistema de comunicação entre a Central de Regulação e as Unidades Móveis; Declaração da empresa telefônica sobre o dígito 192 em funcionamento na área de abrangência; e Declaração de capacitação dos profissionais) e Unidades Móveis (Cópia do seguro contra sinistro de todos os veículos; Escala dos profissionais em exercício; Cópia do licenciamento automotivo e pagamento do DPVAT; Termo de compromisso com relação a manutenção, Declaração de capacitação dos profissionais para todos os tipos de veículos que as unidades possuem; Termo de compromisso regulamentando as aeronaves; Compra de uniformes padrões para as equipes; Manutenção das Bases Descentralizadas; e Parecer informando a data de início de funcionamento)

Após as unidades já terem sido habilitadas poderão se tornar Qualificadas, dessa forma o valor de repasse financeiro aumenta, para isso é preciso seguir as normas que constam nas

portarias citadas anteriormente, são elas: Documento solicitando custeio diferenciado para a Central de Regulação das Urgências, Base Descentralizadas e/ou Unidade Móvel; Plano de ação regional do SAMU Regional contemplando a organização de toda a Rede de Atenção às Urgências; Existência e funcionamento de algum “software” de regulação de urgência e emergência que garanta confiabilidade e integridade da informação; grade de referência atualizada da Rede de Atenção às Urgências; Relatório de capacitação permanente dos servidores vinculados ao SAMU Regional; Padronização da estrutura física visual; Padronização visual dos uniformes das equipes; Condições de funcionamento do serviço e avaliação do cumprimento do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências; A cada 6 meses envio de um relatório descritivo analítico (com indicação de todas as Unidades Móveis que compõem a Central de Regulação das Urgências, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos, comprovação do seguro contra sinistro para as Unidades Móveis, escala de serviço atual dos profissionais da Central de Regulação das Urgências e das equipes das Unidades Móveis reguladas).

Para atingir a categoria de Habilitada e Qualificada, não foi um processo rápido, onde todos os municípios se tornassem Habilitados e Qualificados de uma vez só, alguns municípios mais rápido que outros, porém todos cumpriram as normas e foram considerados Habilitados e Qualificados, isso fez com que o repasse financeiro aumentasse, valorizando o trabalho de todos os profissionais envolvidos.

Mesmo com todas as dificuldades e insegurança dos municípios do DRS XIII, o consórcio foi importante na complementação da verba faltante para a manutenção mensal do SAMU Regional do DRS XIII.

7. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos mostram que a transição do SAMU Municipal para o SAMU Regional no DRS XIII, ampliou consideravelmente o número de atendimento, a abrangência aos municípios, impactos no tempo-resposta dos atendimentos, maior qualificação dos profissionais de toda a região, uma sistematização mais segura dos dados de cada atendimento, um atendimento melhor qualificado em casos de maior gravidade, aquisição tecnológica de novos e mais equipamentos, ampliação das equipes e viaturas, melhor estruturação da manutenção de todos os recursos, padronizações de condutas, e melhoramentos nas instalações e uniformes.

Mesmo com todas as dificuldades relacionadas ao nível de entendimento, interesses próprios dos municípios e diferentes perfis dos gestores participantes, o consorcio intermunicipal foi de suma importância para a estruturação do SAMU regional na DRS XIII.

8. REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S.; MINAYO, M.C.S. Atendimento pré-hospitalar de emergência: referenciais técnicos, gestão dos serviços e atuação profissional. Cadernos de Saúde Pública. Submetido.

ALMEIDA, P.F., et. al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. Saúde Soc., São Paulo, 25(2): 320-335, 2016.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, v. 112 (24 Suppl): IV1-203, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 824, de 24 de junho de 1999. Urgência e Emergência. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/urg_e/GM_P824-99urg_e.doc

BRASIL. Senado Federal. DECRETO Nº 46.349, DE 3 DE JULHO DE 1959. Aprova o Regulamento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência S.A.M.D.U., 1959.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Urgência e emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002 [cited 2010 set 20]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1864 de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011. disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1010 de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DESLANDES, S.F. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

FERNANDES, RJ. Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria da Saúde do município de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2004.

FERRARI, D. História da ambulância. *Revista Intensiva*, v.4, p.132, 2006

FERREIRA, C.S.W. Os serviços de assistência às emergências no município de São Paulo: implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo; 1999.

FERREIRA, C.S.W. Os serviços de assistência às emergências no município de São Paulo: implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo; 1999.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUERRA, S.D. Manual de Emergências. Belo Horizonte: Folium, 2001.

LOPES, L. Atendimento de emergência no Brasil [dissertação]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC Centro Educacional São Camilo – Sul; 2009.

- LÓPEZ, M. Emergências Médicas. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
- MARTINS, P.P.S; PRADO, M.L. Enfermagem e serviço pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.56, n.1, p.71-5, 2003.
- MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(8):1877-1886, ago, 2008.
- PAVELQUEIRES, S. Educação continuada de enfermeiros no atendimento inicial à vítimas de traumatismos [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.
- PEREIRA JÚNIOR, G.A.. O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. *Cadernos ABEM*, 11(1), 2015.
- PINET, L.M. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. *Salud Publica de Mexico*, v.47, n.1, p.64-71, 2005.
- POZNER, C.N.; ZANE, R.; NELSON, S.J.; LEVINE, M. International EMS systems: the United States: past, present and, future. *Resuscitation*, v.60, n.3, p.239-44, 2004.
- ROGERS, J.H.; OSBORN, H.H, Pousada L. Enfermagem de emergência: um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- SANTANA, C.J., et. al. Interação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com as Famílias. *J. Health Sci.*, 18(4): 235-239, 2016.
- SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. *Medicina (Ribeirao Preto)*,v.40, n.3, p.315-20, 2007.
- SILVA, E.A.C., et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]*, v.12, n.3, p.571-7, 2010. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a23.htm>.
- SILVA, M.B.; GRIGOLO, T.M. Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II. *Caderno Pedagógico*. Florianópolis: UDESC, 2002.
- SOUZA, M.R.N.S.; SOUZA, M.K.B. Regionalização em Saúde e Colegiados/Comissões de Gestão: dinâmica, contribuições, potencialidades e desafios. *Capa*, 2(1): 146-155, 2017.

TELES, A.S. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional . Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 25(1): 51-57, 2017.

TIMERMAN S. Suporte básico e avançado de vida em emergências. Brasília: Coordenação de Publicações; 2000.

TIMERMAN, S.; GONZÁLES, M.M.C.; RAMIRES, J.A.F. Ressuscitação e emergências cardiovasculares. Barueri: Manole; 2007.

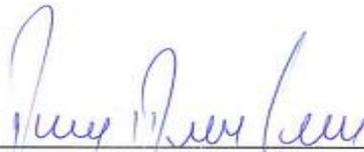
ANEXOS

CARTA DE ANUÊNCIA

Informo que o Diretor da Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS 13) está em concordância com a coleta de dados do projeto de pesquisa “Processo de implantação do SAMU Regional de Ribeirão Preto” do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional de Gestão em Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina (FMRP) e da Faculdade de Economia e Administração (FEARP) do campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** deste projeto de pesquisa do mestrando Dr. Marcelo Marcos Dinardi.

Ribeirão Preto, 03 de julho de 2017.



Ronaldo Dias Capelli
Diretor
Direção Regional de Saúde – DRS 13

USP - CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MONTAGEM DO SAMU REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO: TRANSIÇÃO DO SERVIÇO DE ABRANGÊNCIA MUNICIPAL PARA O REGIONAL

Pesquisador: MARCELO MARCOS DINARDI

Versão: 1

CAAE: 71364117.9.0000.5414

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 079357/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto MONTAGEM DO SAMU REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO: TRANSIÇÃO DO SERVIÇO DE ABRANGÊNCIA MUNICIPAL PARA O REGIONAL que tem como pesquisador responsável MARCELO MARCOS DINARDI, foi recebido para análise ética no CEP USP - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP- CSE/FMRP/USP em 17/07/2017 às 16:03.

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO **CEP:** 14.055-380

UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-0008 **E-mail:** cseuiaba@fmrp.usp.br