

Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação no estado do Rio de Janeiro, Brasil

Mobile prehospital emergency care:
an analysis of implementation in the State of Rio de Janeiro, Brazil

Gisele O'Dwyer¹
Cristiani Vieira Machado¹
Renan Paes Alves¹
Fernanda Gonçalves Salvador¹

Abstract *Mobile prehospital care is a key component of emergency care. The aim of this study was to analyze the implementation of the State of Rio de Janeiro's Mobile Emergency Medical Service (SAMU, acronym in Portuguese). The methodology employed included document analysis, visits to six SAMU emergency call centers, and semistructured interviews conducted with 12 local and state emergency care coordinators. The study's conceptual framework was based on Giddens' theory of structuration. Intergovernmental conflicts were observed between the state and municipal governments, and between municipal governments. Despite the shortage of hospital beds, the SAMUs in periphery regions were better integrated with the emergency care network than the metropolitan SAMUs. The steering committees were not very active and weaknesses were observed relating to the limited role played by the state government in funding, management, and monitoring. It was concluded that the SAMU implementation process in the state was marked by political tensions and management and coordination weaknesses. As a result, serious drawbacks remain in the coordination of the SAMU with the other health services and the regionalization of emergency care in the state.*

Key words *Emergencies, Mobile emergency units, Public health policy*

Resumo *O atendimento às urgências tem como componente primordial a atenção pré-hospitalar móvel. O objetivo do estudo foi analisar a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no estado do Rio de Janeiro. A metodologia envolveu análise documental, visitas a seis Centrais de Regulação do SAMU e realização de entrevistas semiestruturadas com 12 gestores estaduais e locais da área de urgências. O referencial analítico foi a Teoria da Estruturação de Giddens. Observaram-se conflitos intergovernamentais entre estado e municípios e entre municípios. Apesar da insuficiência de leitos, os SAMU do interior do estado estavam mais articulados à rede de atenção às urgências do que os metropolitanos. Os comitês gestores eram pouco ativos e a atuação do estado frágil no financiamento, na gestão e no monitoramento. Conclui-se que o processo de implantação dos SAMU no estado foi marcado por tensões políticas e fragilidades de gestão e coordenação. Em consequência, persistem sérios limites na articulação dos SAMU com os demais serviços e na regionalização da atenção às urgências no estado.*

Palavras-chave *Urgências, Unidades móveis de emergência, Políticas públicas de saúde*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. odwyer@ensp.fiocruz.br

Introdução

O atendimento às urgências, fundamental nos sistemas de saúde, configurou-se como prioridade no Brasil a partir de 2003¹, expressando-se na Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU².

A implementação da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: de 2000 a 2003 – regulamentação inicial; de 2004 e 2008 – expansão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e a partir de 2009 – destaque para a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, as Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h³.

A literatura internacional aponta bons resultados do atendimento pré-hospitalar^{4,5}, que tornou-se prioridade na política brasileira a partir de 2004, por meio da expansão do SAMU, o componente pré-hospitalar móvel do atendimento às urgências. A opção de iniciar a implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências por esse serviço foi justificada por sua relevância para assegurar menor tempo de resposta e regular os fluxos de atenção às urgências médicas. O SAMU constitui um modelo de assistência padronizado nacionalmente, destinado ao atendimento de urgência 24 horas nas residências, locais de trabalho e vias públicas. Tem como objetivo garantir a prestação do atendimento, o transporte adequado e o encaminhamento dos pacientes a um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS). O socorro é feito após chamada gratuita por telefone de qualquer localidade do território nacional para o número 192. A ligação é atendida por uma Central de Regulação Médica que define a resposta mais adequada, seja uma orientação específica, o envio de ambulâncias de suporte básico ou suporte avançado de vida, sendo que apenas a última conta com a presença de médico na equipe. Documentos oficiais destacam o potencial regulador do SAMU sobre a rede assistencial^{6,7}.

Em 2011, o Ministério da Saúde reformulou a política de urgências⁸. As novas diretrizes propõem a conformação de uma Rede de Urgência e Emergência, que considere componentes pré-hospitalares (atenção básica, SAMU e UPA), o componente hospitalar e a atenção domiciliar.

Em 2013, o SAMU 192 estava presente em todos os estados brasileiros, com 175 Centrais de Regulação das Urgências que abrangiam em torno de 1955 municípios ou 65% da população brasileira⁹. O Ministério da Saúde estimou que o SAMU alcançaria a cobertura de 100% da população brasileira em 2018.

Apesar de recente no cenário nacional, a produção bibliográfica sobre o SAMU destaca: os limites de formação profissional, a fragilidade estrutural da rede assistencial, o desencontro entre as unidades assistenciais envolvidas no atendimento às urgências e o impacto ao atendimento às causas externas, entre outros^{3,10-17}.

Um desafio para a atenção pré-hospitalar às urgências é a sua integração de um lado, com a atenção básica, a 'porta de entrada' reguladora do sistema; e de outro, com o hospital, sua 'porta de saída'¹⁴.

Vale ainda destacar a importância das negociações intergovernamentais, dado que a regulamentação nacional prevê que o financiamento do SAMU seja compartilhado entre os entes federal (50%), estadual (25%) e municipal (25%). A articulação intergovernamental é ainda mais relevante no caso dos SAMU de abrangência regional.

Os poucos estudos sobre os SAMU regionalizados destacam a importância dos comitês gestores na construção de acordos federativos entre os municípios^{12,15}.

O Rio de Janeiro, o segundo estado mais populoso do país, com alto grau de urbanização, foi pioneiro no atendimento pré-hospitalar móvel de urgências em vias públicas, por meio da atuação do Grupamento de Socorro de Emergência (GSE) do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ), desde 1986. Até 2004, cabia ao GSE o atendimento à população fluminense em situações de urgência clínica ou traumática nas vias e logradouros públicos. Porém, não havia no estado serviço público de larga escala para atender urgências nos domicílios, o que só foi implantado com a adesão à estratégia nacional do SAMU.

A pesquisa realizada norteou-se pelas seguintes questões: quais foram as características e os fatores condicionantes da implantação do SAMU no estado do Rio de Janeiro? Como se configurou sua inserção na política e na rede de atenção às urgências?

Este artigo teve o objetivo de analisar a implantação do SAMU no estado do Rio, considerando o contexto político-institucional, a articulação entre serviços de saúde e a gestão da rede de atenção às urgências.

Metodologia

O estudo de caso, com abordagem qualitativa, foi realizado entre 2010 e 2012. Envolveu análise da legislação e de documentos sobre atenção às

urgências das três esferas de governo, visitas às Centrais de Regulação Médica do SAMU habilitadas no estado do Rio de Janeiro e realização de 12 entrevistas semiestruturadas no nível estadual e regional: três entrevistas com os coordenadores estaduais de urgência atuantes no período e nove entrevistas com coordenadores dos seis SAMU em funcionamento no período. Os entrevistados foram selecionados em função do cargo ocupado, sendo incluídos todos os coordenadores atuantes no período do estudo. Não houve recusas à participação.

As entrevistas realizadas com os coordenadores estaduais duraram entre 60 e 100 minutos, baseando-se em um roteiro semiestruturado que compreendia questões relativas a: antecedentes e trajetória da política; atores envolvidos na implantação; situação de funcionamento; articulação do SAMU com a rede assistencial; perspectivas de expansão; capacidade de coordenação estadual; produção de indicadores; atuação dos comitês gestores; avanços, limites e desafios.

Realizaram-se visitas com duração de aproximadamente seis horas em cada uma das seis centrais do SAMU: Rio de Janeiro (na capital); Metropolitano I (sede em Nova Iguaçu); Metropolitano II (Niterói); Baía de Ilha Grande (Angra dos Reis); Médio Paraíba (Volta Redonda); e Centro-Sul (Três Rios). Durante a visita, os coordenadores dos SAMU foram entrevistados com um roteiro similar ao dos coordenadores estaduais, acrescido de perguntas sobre a dinâmica de atuação de cada central. Cada gestor foi entrevistado uma única vez, momento onde foi produzido áudio, além das anotações de diário de campo.

O referencial teórico para abordagem dos resultados da pesquisa foi o da análise da conduta estratégica da Teoria da Estruturação de Giddens¹⁸, relacionando as capacidades cognitivas dos agentes e suas estratégias de ação, com as dimensões estruturais.

Para Giddens¹⁸, as práticas sociais podem ser entendidas como procedimentos, métodos ou técnicas hábeis executadas pelos agentes sociais utilizando-se regras e recursos. Portanto, os agentes têm ampla liberdade de ação, mas estão sempre contextualizados pelos recursos estruturais disponíveis.

As regras seriam recursos estruturais, cujo aspecto normativo refere-se às práticas do ponto de vista dos direitos, obrigações e modos pelos quais podem ser executadas. Os recursos são as facilidades ou base de poder a que o agente tem acesso e que manipula para influenciar a interação com o outro.

As “circunstâncias da ação” são as formas como fenômenos sociais e materiais influenciam como facilitadores e restritores, sendo simultaneamente meio e resultado da ação.

Os agentes podem ser acessados por meio da consciência discursiva – o que os atores são capazes de expressar verbalmente, acerca das condições de sua própria ação – ou da consciência prática, que pode ser compreendida pela observação.

No caso estudado, as circunstâncias da ação estão relacionadas à implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências e ao contexto do estado do Rio de Janeiro. Os documentos foram considerados como recursos estruturais e os agentes foram acessados pela consciência discursiva e prática durante a pesquisa de campo.

O material das entrevistas passou pelas seguintes etapas de análise: transcrições, análise de temas recorrentes, revisão e refinamento das categorias iniciais, organização e interpretação das falas segundo as categorias de análise.

Os resultados estão apresentados a partir das seguintes categorias: o processo de implantação dos SAMU e seu contexto político institucional; a articulação do SAMU com outros serviços; e a gestão dos SAMU.

O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e discussão

O processo de implantação dos SAMU e seu contexto político institucional

A política nacional de atenção às urgências foi proposta, desde 2002, como integral e articulada em rede¹⁹. Entretanto, sua implantação foi fragmentada por componentes, iniciando-se pelo SAMU.

A implantação dos SAMU no estado do Rio de Janeiro ocorreu em dois momentos. O primeiro, de 2004 a 2010, se caracteriza pela implantação dos SAMU metropolitanos: SAMU Metropolitano II, SAMU Metropolitano I e SAMU Rio. O segundo momento, iniciado em 2011, é de interiorização do SAMU, com a inauguração de serviços em três regiões: SAMU Baía de Ilha Grande, SAMU Centro-Sul e SAMU Médio Paraíba.

A Figura 1 apresenta a evolução do número de municípios e a estimativa da população coberta no estado.

Os dois primeiros SAMU implantados no estado são regionais, assim como os três do in-

terior, sendo o SAMU Rio o único municipal. Com a implantação dos SAMU metropolitanos, a cobertura estadual atingiu aproximadamente 70% da população. Já a implantação no interior não atingiu as regiões com maior concentração populacional. Apesar de o Médio Paraíba ser a 2ª maior região do interior, os outros dois SAMU implantados no interior cobrem regiões menos populosas, o Centro-Sul e a Baía da Ilha Grande.

O destaque dos SAMU regionais no Rio de Janeiro diferenciou-se do padrão inicialmente predominante no Brasil, já que a implantação dos primeiros em outros estados ocorreu em municípios populosos, com mais recursos financeiros e assistenciais. Até 2005, apenas 35,7% dos SAMU do país apresentavam abrangência regional, atendendo a população de mais de um município. Nacionalmente, somente em 2008 a implantação de SAMU regionais ultrapassou a de municipais³.

Diante desse quadro de predomínio dos SAMU regionais, a coordenação intergovernamental é fundamental. A análise do processo de implantação do SAMU revelou situações de conflitos políticos relacionados à insuficiente pactua-

ção entre gestores para o financiamento e às divergências entre municípios e estado. Essa queixa foi referida principalmente pelos coordenadores dos SAMU metropolitanos.

A implantação do SAMU Metropolitano II, em 2004, resultou de iniciativa do município de Niterói, com forte apoio do município de São Gonçalo e acordos com os demais municípios. Segundo o coordenador estadual de urgência, houve condições políticas e técnicas favoráveis à implantação desse SAMU em Niterói, que se responsabilizou pela gestão da central de regulação.

Em seguida foi implantado o SAMU Metropolitano I, em 2005, a partir do Consórcio da Baixada Fluminense, que assumiu a sua gestão. A central localiza-se no município de Nova Iguaçu. Segundo entrevistados, os SAMU Metropolitano I e II não contaram com apoio estadual até 2011, quando houve iniciativas de reconstituição da Rede de Atendimento às Urgências (RAU).

Já a inauguração do SAMU Rio ocorreu em 2006, por iniciativa estadual. Segundo entrevistados, o caráter relativamente tardio de implantação do SAMU na capital teria tido relação com

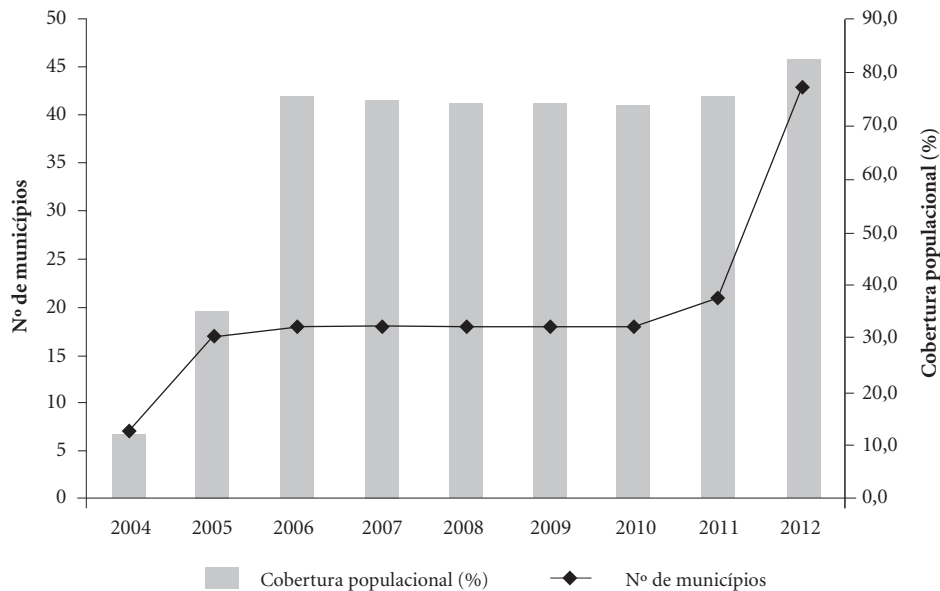


Figura 1. Evolução do número de municípios e cobertura populacional estimada no SAMU. Estado do Rio de Janeiro, 2004 a 2012.

Fonte: Dados de inauguração de SAMU obtidos na pesquisa. Dados populacionais do IBGE. Elaboração própria. Nota: Considerou-se o ano de inauguração do SAMU (e não o ano de publicação da portaria de habilitação).

a relevante atuação prévia da Corporação dos Bombeiros no atendimento pré-hospitalar móvel – que exigiu a construção de uma estratégia específica de articulação – e com dificuldades no estabelecimento de parcerias intergovernamentais até então. A criação da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC), em 2007, teve um grande impacto no SAMU da capital. De 2007 a 2011, quando a corporação dos Bombeiros estava vinculada à gestão estadual da saúde, o estado assumiu atribuições gerenciais apenas sobre o SAMU Rio, com a participação dos bombeiros, permanecendo os dois do entorno metropolitano sob gestão dos municípios.

O SAMU Rio foi incorporado de tal forma pelos bombeiros que, apesar da secretaria estadual de saúde não estar mais fundida com a Defesa Civil desde 2011, o SAMU continuou no organograma da Defesa Civil. Houve o que os coordenadores chamaram de ‘bombeirização do SAMU’.

Todos os que estão nas ambulâncias são bombeiros. Motorista, técnico, enfermeiro e médico, independente de você estar visualizando uma viatura SAMU, ou uma viatura bombeiro vermelha. E não tem distinção de atendimento – o SAMU vai pra rua e vai pra residência, e viatura vermelha também – é a ambulância mais próxima disponível (E 4).

O processo de incorporação do SAMU Rio pelos bombeiros envolveu conflitos, inclusive relativos à adequação à norma federal vigente, por exemplo, no que concerne à autoridade de regulação:

A Central de Regulação de Urgência e Emergência, ela tem um médico lá dentro, que é um médico regulador, que é autoridade sanitária. [...] Pro Bombeiro isso é verdade? Não. Pro Bombeiro quem manda é ele (E 1).

O conflito não está limitado à autoridade do médico regulador. Ele também foi referido no descumprimento das normas de padrões visuais de implementação do SAMU Rio.

Em todas as ambulâncias do SAMU-Rio está escrito ‘Bombeiro’. E ninguém usa macacão. Como é que eu vou botar um macacão num militar? (E 1).

Outra distinção do SAMU Rio é a existência de dois tipos de regulação: a primária, feita por médico civil, cuja função é identificar a necessidade de envio de ambulância; e a secundária, de responsabilidade do médico militar, que decide que tipo de ambulância mandar e acompanha o atendimento. Também se identificou como peculiaridade a existência de ambulâncias intermediárias com enfermeiros, ao invés do técnico de enfermagem que, atualmente, cobrem a maioria dos chamados.

Os outros SAMU do estado trabalham em parceria com os Bombeiros, que se responsabilizam pelo atendimento de rua enquanto o SAMU prioriza o residencial. Entretanto, as chamadas para os números 193 (bombeiro) e 192 (SAMU) não são integradas como no SAMU Rio.

Observaram-se iniciativas de integração das ações do Corpo de Bombeiros com as do SAMU no estado do Rio de Janeiro. Entretanto, na capital, onde essa integração foi institucionalizada por meio da ‘bombeirização’ do SAMU, a gestão do SAMU não permaneceu na governabilidade das secretarias municipal e estadual de saúde, sendo designada para a Defesa Civil.

A interiorização da implementação do SAMU no estado deu-se da seguinte forma: SAMU Baía de Ilha Grande (2010), seguido do SAMU Centro-Sul (2012) e por último SAMU Médio Paraíba (2012). Na região do Médio Paraíba, a discussão para a implantação do SAMU surgiu em 2008, com a proposta de financiamento rateado entre estado e Ministério da Saúde. Entretanto, a inauguração desse SAMU foi postergada, por indefinições relativas ao financiamento

Infelizmente naquele momento, o estado não se apresentou como cofinanciador, nem os 25% quis financiar. E ia onerar-se para os municípios 50%. Ia ficar muito complicado, e os municípios tiveram que retroceder naquele momento (E 9).

Os três SAMU do interior funcionam em forma de consórcios intermunicipais, referindo um significativo financiamento municipal e federal. O estado em geral não é reconhecido como cooperativo; houve referência à participação estadual no financiamento com 25% de repasse apenas para um SAMU do interior, cujo entrevistado mostrou uma visão positiva das relações intergovernamentais.

O momento político nosso aqui é propício. Comparativamente a outras regiões a gente vê que muitas vezes a política atropela qualquer tipo de articulação regional, então hoje a gente consegue ter um momento político... Obviamente têm desavenças, mas, na totalidade, a gente avalia como “muito positivo”. Isso favorece o bom contato com o Estado e o governo federal, e a entrada de novos recursos (E 9).

Identificou-se nos SAMU Médio Paraíba e Centro-Sul uma confiança conferida pela estabilidade da gestão municipal.

No que diz respeito à estrutura para funcionamento, o SAMU metropolitano II está atualmente com a mesma estrutura da inauguração, instalado no mesmo local e com as 22 ambulâncias iniciais. Há pelo menos dois anos foi defi-

nido um local mais adequado para a instalação da central de regulação, mas a transferência ainda não ocorreu. As discontinuidades na gestão da saúde em Niterói em decorrência das mudanças político-partidárias pós-eleições teriam dificultado os investimentos em infraestrutura, com prejuízos ao atendimento da crescente demanda.

A gente sabe a dificuldade de acesso, pelo sucateamento dos equipamentos, pela falta de pessoal, pela falta de espaço aqui na central de regulação, pela sobrecarga populacional que aumenta a demanda – você tem mais gente, você tem mais demanda –, pela falta de saber usar o SAMU – a quantidade de trotes que a gente recebe... Que ocupa a linha, que demora o atendimento. Então são coisas que acabam sobrecarregando o sistema, os profissionais e que dificultam o acesso ao 192 (E 6).

Já os SAMU Rio e Metropolitano I conquistaram ampliação e realocação das suas centrais de regulação.

Os SAMU do interior, por serem mais novos, estão bem localizados e com uma frota compatível.

A Tabela 1 caracteriza os seis SAMU existentes no estado em 2012, alcançando cobertura de 82% da população.

Considerando-se os parâmetros federais, em 2012, a disponibilidade de Unidades de Suporte Avançado (USA) por 1 milhão de habitantes era satisfatória em todas as regiões do estado com SAMU. No interior, a relação foi maior do que o recomendado; isso pode se explicar porque, além do critério populacional, a alocação de ambulâncias considera as distâncias geográficas.

No município do Rio de Janeiro, a maior concentração populacional e a presença de enfermeiros nas ambulâncias intermediárias podem justificar a menor proporção de USA.

A situação funcional dos trabalhadores do SAMU Rio é diferenciada. Os trabalhadores são militares, com a exceção dos reguladores primários civis, contratados por uma organização social.

Nos SAMU metropolitanos I e II a contratação dos médicos é feita de formas variadas: servidores concursados convivem com profissionais contratados de outras maneiras, observando-se situações de precarização do trabalho e diversidade nos salários. Cada município é responsável pela contratação dos seus profissionais.

Segundo alguns entrevistados, os consórcios, como os da região Centro-Sul e Três Rios, têm melhores condições de contratação e podem fazer concursos. Em um SAMU onde os profissionais são contratados por consórcio houve facilidade em manter enfermeiros e médicos.

Os entrevistados apontaram a gestão por consórcio como uma forma de superar diferentes expectativas dos municípios ligados a cada um dos SAMU. No interior, essa forma de gestão trouxe como vantagem a linearidade dos salários dos profissionais.

Outra questão estrutural crítica para a implantação dos SAMU é a capacitação, já que no país não existe a especialidade 'emergencista' para médicos e enfermeiros. A coordenação estadual de urgências e o Ministério procuram fazer parcerias para oferecer capacitações ATLS (ad-

Tabela 1. Caracterização da estratégia dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2012.

SAMU	Ano de inauguração	Municípios atendidos	População estimada 2012	Nº de USB ⁱ	Nº de USA ⁱⁱ	Total de ambulâncias	Número de USA/ 1 milhão de habitantes ⁱⁱⁱ
Metropolitano II	2004	7	1.974.910	15	7	22	3,5
Metropolitano I	2005	11	3.592.593	32	12	44	3,3
Rio de Janeiro	2006	1	6.390.290	59	15	74	2,3
Baía de Ilha Grande (BIG)	2011	3	254.042	6	2	8	7,8
Centro Sul	2012	11	331.800	7	2	9	6,0
Médio Paraíba	2012	12	857.066	13	7	20	8,1
TOTAL		45	13.400.701	132	56	177	4,1

Fonte: Ministério da Saúde (dados disponíveis em www.saude.gov.br) e dados populacionais do IBGE, 2012. Elaboração própria.

ⁱ USB: Unidades de Suporte Básico. Ambulâncias destinadas ao transporte de pacientes não classificados como necessidade de médico.

ⁱⁱ USA: Unidades de Suporte Avançado. Ambulâncias destinadas ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco que necessitam de cuidados médicos intensivos. Devem contar com profissional médico e com os equipamentos necessários para este tipo de atendimento.

ⁱⁱⁱ Parâmetro federal recomendado: 1 USA para cada 450.000 habitantes, o que corresponde a 2,2 USA por 1 milhão de habitantes.

vanced trauma life support) e BLS (basic life support). Apesar do empenho das esferas estadual e federal, na prática, os SAMU têm adotado formas próprias para capacitar os profissionais.

O município não tinha condições de bancar capacitação, então a gente procurou parcerias. Uma das parcerias que a gente teve aqui foi o próprio corpo de bombeiros, a outra foi com os profissionais da rede. [...] vimos todos os tópicos da 2048 (portaria) e a gente chamava as pessoas da rede pra fazer essa capacitação (E 7).

Apesar do esforço de capacitação, os gestores locais revelaram apreensão, em face da dificuldade em fixar os profissionais, especialmente os médicos.

No SAMU Rio a capacitação é responsabilidade do corpo de bombeiros, que tradicionalmente treinava os militares que atuavam no GSE.

Foi unânime a constatação de que o SAMU representa um avanço para o atendimento às urgências e que existe perspectiva de expansão adicional:

Se o projeto fosse ruim, o Presidente e o ministro não iam querer atingir 100% do território... Investir em alguma coisa que não daria certo... O projeto é bom, tem crescido, e os municípios e as regiões têm comprado a ideia e implantado (E 9)

... Estamos implantando porque não tem como não implantar... Todas as políticas hoje... Rede Cegonha, tudo quanto é política tá lá "SAMU implantado"... O que é recurso normalmente vem com "SAMU implantado". É um trajeto que hoje não tem volta (E 7).

Entretanto, para os coordenadores, a avaliação da população em relação ao SAMU é negativa por dificuldades de acesso e entendimento diferenciado sobre o que é a demanda em urgência.

Mas se você pergunta pro cidadão ele diz que não consegue ligar pro 192. Ou então diz que cha-

mou e não foi atendido, ou que não tinha ambulância. (E 4).

A população ainda não sabe usar o SAMU, acha que o SAMU tem que resolver tudo... (E 5).

Existe um plano de ampliação da implantação dos SAMU para o estado do Rio de Janeiro. O próximo SAMU previsto seria o da região Serra, que até 2013 não havia sido inaugurado. Esse SAMU atenderia a 16 municípios; mas segundo a coordenadora estadual de urgência, a troca de 15 secretários municipais após as eleições de 2012 teria atrasado os acordos.

Quanto às demais regiões do estado, há propostas em debate para a implantação do SAMU nas regiões Norte, Nordeste e na Baixada Litorânea.

Nota-se certa rotatividade nas coordenações dos SAMU. Na região metropolitana, todos mudaram de coordenador ao longo da pesquisa. Dos 9 coordenadores de SAMU entrevistados, 7 tinham uma trajetória pessoal que os qualificava para a função. Os 3 coordenadores estaduais de urgência do período da pesquisa tinham uma trajetória bastante consistente para o cargo.

Articulação do SAMU com outros serviços

Um importante componente para a articulação do atendimento às urgências diz respeito à disponibilidade dos vários tipos de serviços da rede. Nesse sentido, é importante considerar a cobertura da atenção primária, a disponibilidade de leitos para internação e de outros tipos de serviços de atenção às urgências, como as Unidades de Pronto Atendimento.

A Tabela 2 apresenta a cobertura estimada da Estratégia Saúde da Família (ESF), a disponibilidade de leitos SUS e de UPA por região com SAMU do estado.

Tabela 2. Cobertura estimada da Estratégia Saúde da Família, número de leitos por 1000 habitantes e número de UPA por região com SAMU no estado do Rio de Janeiro, 2012.

Região	Cobertura da ESF	Nº de leitos SUS/1000 h	Nº de UPA	Ano de inauguração da UPA
Baía de Ilha Grande	76,30%	1,07	1	2010
Centro-Sul	93,53%	5,18	1	2009
Médio Paraíba	76,99%	1,88	3	1ª UPA em 2008
Metropolitana I	46,11%	1,65	8	1ª UPA em 2008
Metropolitana II	76,63%	2,21	6	1ª UPA em 2010
Rio de Janeiro	40,07%	1,97	31	1ª UPA em 2007

Fonte: base de indicadores das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e sala de situação do Ministério da Saúde.

Um dos objetivos do SAMU é ser um observatório da rede de atenção, esperando-se que a cobertura da atenção primária influencie o atendimento às urgências. Essa cobertura era maior no interior, seguida pelo entorno metropolitano. O município do Rio de Janeiro, apesar da cobertura historicamente baixa, teve uma acelerada expansão a partir de 2010. Entretanto, a presença da ESF não foi destacada na fala dos gestores locais dos SAMU. Houve apenas uma referência sobre o relacionamento colaborativo com a atenção primária. Já para o gestor estadual, o papel da atenção primária na rede de atenção às urgências precisa ser problematizado.

Uma dificuldade que a gente tem é de conversar com a Atenção Básica. Ela ainda não consegue se inserir numa Rede de Urgência. Até porque ela sabe das próprias dificuldades dessa inserção (E 2).

Apesar da menção do gestor estadual sobre a atenção primária, segundo a maioria dos entrevistados, o que impacta o SAMU profundamente é a disponibilidade da rede hospitalar de referência.

Chega lá e sempre falam que não tem vaga, que está lotado, ou vão prender minha maca... Então eu fico com um delta t muito grande para eu liberar a minha viatura para fazer um novo atendimento (E 4).

Se levarmos em conta os parâmetros estabelecidos em regulamentação nacional (2,5 a 3 leitos/1.000 habitantes)²⁰, é possível observar que, em relação à oferta de leitos nas regiões com SAMU, apenas a Centro Sul apresenta valores acima dos parâmetros recomendados. Entretanto, houve incremento nos leitos hospitalares em praticamente todo o estado, com exceção de três municípios.

Um problema que transcende a carência estrutural de leitos é a integração entre os serviços que compõem a rede de urgência.

A gente ainda continua tendo a caixinha. O que é hospital é hospital, o que é UPA é UPA, o que é SAMU é SAMU. Nenhum desses elementos se insere em uma Rede (E 2).

Segundo as normas federais, essa rede deve estar constituída e disponibilizada para a regulação do SAMU. Para os entrevistados não há institucionalização dos acordos sobre referências estabelecidos entre os gestores, pois os médicos dos serviços de urgência não se sentem obrigados a cumpri-los. Muitas vezes, o acesso aos leitos depende da relação pessoal entre médicos.

Tem plantões que entendem a vaga-zero, e tem plantões que dizem que não vai entrar de jeito nenhum (E 5)

A relação dos SAMU com os hospitais, com a ponta, acaba sendo pessoal. Então um médico re-

gulador que está hoje de plantão 'ah o fulano de tal da emergência tal é meu amigo, e eu consigo botar os pacientes lá'. Eu acho que a relação tem que ser institucional, porque é ela que vai garantir que o paciente tenha porta de entrada (E 6)

No interior, apesar da relativa carência de leitos, as relações são mais cooperativas.

Eu conheço o médico chefe do pronto-socorro, conheço a enfermeira chefe do pronto-socorro, quando eles têm algum problema com SAMU eles me ligam (E 8).

Entretanto, há o problema da origem do paciente quando a referência é de outro município que compõe a região.

O estado tem que ter o papel de intermediar essas regulações intermunicipais, senão... os leitos, quem vai escolher é o gestor municipal (E 7).

Já o município do Rio caracteriza-se pela maior rede hospitalar do país, porém com baixa governabilidade sobre os leitos, já que é composta por hospitais municipais, estaduais e federais, além dos privados e universitários. Assim, os entrevistados referiram insuficiência de leitos na capital.

O entorno metropolitano apresenta carência de serviços e dificuldades de utilizar os equipamentos de saúde do município do Rio, prática frequente até recentemente.

As pessoas têm que entender que não pode mais uma ambulância da Baixada levar o paciente pro Rio (E 5).

Outro importante componente da rede de urgências que deve estar integrado ao SAMU é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O estado do Rio de Janeiro foi pioneiro na implantação das UPA, processo que se iniciou em 2007, antes mesmo da instituição federal da regulação específica. Além de ter sido precursor, o estado possui o maior número de UPA do país (61, em 2013).

Uma das exigências para a implantação de UPA é a sua vinculação ao SAMU. Observou-se que, nas três regiões do interior do estado estudadas, as UPA foram implantadas antes dos SAMU, contrariando o disposto na norma federal²¹.

Portanto, em algumas regiões do estado, a implantação dos serviços de atenção pré-hospitalar às urgências não seguiu o padrão nacional predominante de implantação do SAMU (componente móvel) antes da UPA (componente fixo), ocorrendo o inverso.

Os três coordenadores estaduais de urgência entrevistados eram favoráveis às UPA e as consideravam integradas à rede de urgência. Entre os entrevistados das regiões metropolitanas, houve críticas às UPA. No interior, alguns coordenadores consideraram que as UPA estão integradas ao

sistema de urgência regional. Outros coordenadores teceram críticas à estratégia de usar as UPA para diminuir a superlotação em hospitais e ao fechamento de emergências hospitalares e prontos-socorros em cidades pequenas.

Aí abre UPA – não soluciona o problema do SAMU, não soluciona o problema da emergência. Por que? Se abre uma UPA, fecha uma emergência hospitalar. A região, apesar de ter uma rede básica funcionante, a gente não tem porta de saída pra doente crônico... as emergências estão cheias de idosos, diabéticos, ortopedia, oncologia... (E – 6).

O estado deveria estar botando esse investimento também nos hospitais. Porque a UPA não tem aquela coisa da atenção básica, não evita que o paciente fique doente. Ela é porta de saída da atenção básica. Quer dizer, as UPA deveriam ser próximas dos PSF. Mas botaram as UPA próximas dos hospitais. Então ao invés de encher os hospitais vai encher os dois (E 5).

No que diz respeito à rede de urgências, há dificuldades de acesso a leitos em todo o estado. As relações pessoais facilitam o acesso aos recursos escassos, principalmente no interior. A cobertura da atenção primária não foi referida pelos gestores locais como impactante sobre o SAMU, apesar de estudos anteriores no estado terem sugerido a sua importância^{15,16}. As UPA privilegiaram a função de retaguarda hospitalar, integrando-se pouco aos SAMU.

A Gestão dos SAMU

A regulamentação federal do SAMU prevê mecanismos específicos de gestão e monitoramento. O Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências foi instituído²² como espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à adequação do sistema de atenção integral às urgências. Além do Comitê Nacional, devem ser organizados outros nos âmbitos estadual, regional e municipal.

O Comitê Gestor Nacional está desativado. O Estadual, implantado tardiamente, foi considerado inativo pelos três coordenadores estaduais de urgência.

O Comitê Gestor Municipal do Rio de Janeiro nunca existiu. O Comitê Gestor Regional da Metropolitana II tem uma história de atuação consistente, que teria facilitado a regionalização da urgência na região¹², mas desde 2008 não se reúne mais. O empenho desses comitês gestores seria um facilitador para a regionalização das urgências. A regionalização dos SAMU é considerada frágil, dependente dos municípios e pouco apoiada pela esfera estadual.

Porque você tem o coordenador geral, que é colocado pra gerir uma região – mas na verdade ele não gere nada, porque cada município tem o seu gestor local, é ele que tem o poder da sua base. Eu, o coordenador geral, acabo sendo uma figura meramente formal (E 6).

Tinha município que não passava a fronteira de forma alguma – ‘até o rio aqui eu atendo, depois do rio aqui eu não atendo mais’. Aí foi mudando, e a gente conseguiu mudar bastante coisa. Cada mudança de prefeito é um custo operacional imenso, tem que negociar de novo, dizer como funciona, porque não pode achar que as ambulâncias são dele (E 5).

O Comitê Gestor Regional da região metropolitana I, menos atuante, sofreu influência do Colegiado de Gestão Regional (CGR).

Esse CGR não vai entrar parceiro do Consórcio, infelizmente. Ele está concorrendo tecnicamente, no sentido de aplicações de políticas de saúde; concorrendo politicamente, com relação ao poder. (E 5).

No interior esses comitês são mais atuantes. Os três coordenadores locais confirmaram a realização de reuniões mensais dos comitês gestores regionais.

Em 2011, o Ministério da Saúde propôs a substituição do Grupo Condutor Estadual (e Municipal) da Rede de Atenção às Urgências em cada estado, porém mantendo os Comitês Gestores de Atenção às Urgências já existentes. Essa duplicidade de instâncias reguladoras foi problematizada pelos entrevistados.

O que tá acontecendo é o grupo condutor de urgência, que não substituiu o comitê gestor de urgência (E 3).

Para o monitoramento do SAMU, a política prevê a apresentação trimestral de indicadores de desempenho do serviço, baseados no tempo de resposta, perfil de atendimento e taxas de mortalidade, entre outros.

Os SAMU visitados produzem indicadores trimestrais que são enviados para o Ministério da Saúde, porém não são utilizados para o planejamento local nem enviados para a esfera estadual.

Atualmente, poucos SAMU trabalham com o software oferecido pelo Ministério da Saúde. Há indicação federal de instauração de um novo sistema de informação para os SAMU. Entretanto, a solução encontrada por diversas centrais é instituir seu próprio sistema. Os coordenadores dos SAMU reconheceram que sistemas individualizados não ajudam na função do SAMU de ser observatório da saúde, já que eles não se comunicam, dificultando a construção de uma base de dados nacionais que sirva ao planejamento integrado de ações.

Apesar do avanço da implantação de SAMU regionalizados, a esfera estadual está à margem do planejamento e monitoramento dos SAMU do Rio de Janeiro. Identificaram-se fragilidades de atuação do estado na gestão e no financiamento e a atuação pouco efetiva dos comitês gestores. Recentemente, o Grupo Condutor Estadual está analisando os planos regionais de urgência.

Conclusão

Apesar do pouco tempo de implantação, pode-se dizer que o SAMU se configurou como uma estratégia estruturante de atendimento à urgência no país.

O estudo do SAMU no estado do Rio permitiu identificar avanços, limites e desafios de organização da atenção pré-hospitalar móvel às urgências, considerando o contexto político-institucional, a articulação entre serviços e a gestão da rede de urgências.

Revelou-se que a trajetória prévia da atenção à urgência pré-hospitalar, a indução nacional, as relações intergovernamentais e o protagonismo dos gestores locais condicionaram o processo de implantação do SAMU.

O estado do Rio de Janeiro, com seu parque hospitalar significativo e experiência anterior na atenção pré-hospitalar móvel, foi precoce na implantação de SAMU regionalizados, o que destacou a necessidade de coordenação intergovernamental.

O federalismo brasileiro é um desafio para a organização regional do sistema de saúde, visto que as regiões de saúde têm que ser construídas, regidas e financiadas mediante acordos e negociações intergovernamentais. A regionalização é um processo político que requer concessões de alguns entes e interfere nas relações de poder. Portanto, é necessário transcender as fronteiras político-administrativas dos entes federativos para promover a integração da rede de atenção, sem, contudo, desconsiderá-las²³.

Os resultados desta pesquisa são consoantes com estudo recente que demonstrou como a coalizão política entre os governos federal, estadual e municipal contribuiu para a conformação da rede de urgências no estado do Rio de Janeiro, embora persistam desafios de coordenação federativa²⁴.

Conforme a Teoria da Estruturação¹⁸, no estado do Rio o SAMU foi substancialmente reconhecido e significado como ferramenta de qualificação do atendimento pré-hospitalar. A consistência do conteúdo dos documentos da PNAU pode ser considerada a vertente estrutural 'facilitadora'. As 'circunstâncias da ação' foram positivamente influenciadas pela indução federal e o empenho das secretarias municipais.

Entretanto, ainda que 'as circunstâncias da ação' para implantação do SAMU no estado tenham sido relativamente favoráveis, nem todas as suas regiões têm o serviço. Ademais, apesar dos SAMU em geral terem sido implantados com recursos estruturais suficientes, a reposição destes tem sido diferenciada, principalmente naqueles do entorno metropolitano. Uma fragilidade dos recursos autoritários apontada foi a pouca governabilidade dos comitês gestores, com graves reflexos para a legitimação da ação regulatória; a principal restrição identificada foi a limitada atuação do ente estadual.

O enfrentamento das restrições apontadas é fundamental para a expansão e o funcionamento efetivo da atenção pré-hospitalar móvel no estado.

Destaca-se como limitação do estudo o não acesso aos indicadores de produção dos SAMU, que não foram disponibilizados pelos gestores, apesar de solicitados.

Os resultados da pesquisa sugerem que a expansão fragmentada de serviços específicos traz desafios relacionados à coordenação federativa, regulação e articulação das unidades da rede assistencial que precisam ser equacionados para que a política brasileira de atenção às urgências seja efetiva.

Colaboradores

G O'Dwyer foi responsável por: concepção, delineamento e análise e interpretação dos dados, pesquisa de campo; redação do artigo e a sua revisão crítica, e aprovação da versão a ser publicada. CV Machado foi responsável por: concepção, delineamento e análise e interpretação dos dados, redação do artigo e sua revisão crítica, e aprovação da versão a ser publicada. RP Alves foi responsável por: pesquisa de campo; redação do artigo e sua revisão crítica, e aprovação da versão a ser publicada. FG Salvador foi responsável por: pesquisa de campo; redação do artigo e sua revisão crítica, e aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

À FAPERJ pelas bolsas de iniciação científica e de produtividade da pesquisadora Cristiani Vieira Machado

Referências

1. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Política de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saude Publica* 2011; 27(3):521-532.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 1863, de 29 de setembro de 2003. *Diário Oficial da Nação* 2003; 6 out.
3. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: uma análise da política nacional. *Rev Saude Publica* 2011; 45(3):519-528.
4. Wang HE, Mann NC, Jacobson KE, Mears G, Smyrski K, Yealy DM. National characteristics of emergency medical services responses in the United States. *Prehosp Emerg Care* 2013; 17(1):8-14.
5. Cone DC, Irvine KA, Middleton PM. The methodology of the Australian Prehospital Outcomes Study of Longitudinal Epidemiology Project. *Prehosp Emerg Care* 2012; 16(4):505-512.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 2048, de 5 de novembro de 2002. *Diário Oficial da Nação* 2002; 12 nov.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 1864, de 29 de setembro de 2003. *Diário Oficial da Nação* 2003; 6 out.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 1600, de 7 de julho de 2011. *Diário Oficial da Nação* 2011; 8 jul.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE)*. Brasília: MS; 2013.
10. Ciconet RM, Marques GQ, Lima MADS. Educação em serviço para profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre – RS. *Interface (Botucatu)* 2008; 12(26):659-666.
11. Evangelista PA, Barreto SM, Guerra HL. Central de regulação de leitos do SUS em Belo Horizonte, Minas Gerais: avaliação de seu papel pelo estudo das internações por doenças isquêmicas do coração. *Cad Saude Publica* 2008; 24(4):767-776.
12. Lima JC, Rivera FJU. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad Saude Publica* 2010; 26(2):323-336.
13. Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad Saude Publica* 2008; 24(8):1877-1886.
14. O'Dwyer G, Konder MT, Machado CV, Alves CP, Alves RP. The current scenario of emergency care policies in Brazil. *BMC Health Services Research* 2013; 13:70.
15. O'Dwyer G, Mattos, RA. O SAMU, a regulação no estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis* 2012; 22(1):141-160.
16. O'Dwyer G, Mattos, RA. O cuidado integral e a atenção às urgências: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências no Estado do Rio de Janeiro. *Saúde Soc* 2013; 22(1):199-210.
17. Belon AP, Yanagizawa N, Silveira MJ, Barros MBA, Baldo C, Silva MMA. atendimentos de emergência a vítimas de violências e acidentes: diferenças no perfil epidemiológico entre o setor público e o privado. VIVA – Campinas/SP. *Cien Saude Colet* 2012; 17(9):2279-2290.
18. Giddens A. *A constituição da Sociedade*. São Paulo: Martins Fontes; 1984.

19. O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2395-2404.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 1101, de 12 de junho de 2002. *Diário Oficial da União* 2002; 14 jun.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 2648, de 7 de novembro de 2011. *Diário Oficial da União* 2011; 8 nov.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 2072, de 30 de outubro de 2003. *Diário Oficial da União* 2003; 31 out.
23. Viana ALA, Lima LD, organizadores. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Contra Capa; 2011.
24. Lima LD, Machado CV, O'Dwyer G, Baptista TWF, Andrade CLT, Konder MT. Interdependência federativa na produção de políticas de saúde: a experiência das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet* 2015; 20(2):595-606.

Artigo apresentado em 10/10/2014

Aprovado em 11/08/2015

Versão final apresentada em 13/08/2015