

Cristiani Vieira Machado^I

Fernanda Gonçalves Ferreira
Salvador^{II}

Gisele O'Dwyer^I

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira

Mobile Emergency Care Service: analysis of Brazilian policy

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a conformação da política de atenção móvel às urgências no Brasil.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Com base no referencial da análise de políticas públicas, foram realizados: revisão bibliográfica, análise de documentos e dados oficiais e entrevistas com dirigentes federais relacionados à formulação e implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) no Brasil na década de 2000.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: O Samu teve prioridade na agenda federal a partir de 2003. Nos primeiros anos de implantação predominaram serviços de abrangência municipal; em 2008, os de abrangência regional tornaram-se mais relevantes. A cobertura estimada alcançou 53,9% da população em 2009, residente em 20,5% dos municípios brasileiros. A implantação variou entre os Estados e houve menos ambulâncias de suporte avançado do que o recomendado, tanto no conjunto do País como em vários Estados.

CONCLUSÕES: O Samu foi adotado nacionalmente a partir de 2003, com a elaboração de normas federais. A implantação da política compreende desafios como realização de investimentos adequados, inserção do serviço em uma rede articulada de atendimento de urgência, conformação de sistemas de informações apropriados, capacitação dos profissionais. O enfrentamento desses desafios permitirá que o Samu se configure como uma estratégia estruturante da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde.

DESCRITORES: Serviços Médicos de Emergência. Ambulâncias. Prioridades em Saúde. Sistema Único de Saúde. Política de Saúde.

^I Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{II} Curso de Medicina. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Cristiani Vieira Machado
R. Leopoldo Bulhões, 1480 – Manguinhos
Prédio ENSP-FIOCRUZ – sl. 715
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: cristiani@ensp.fiocruz.br

Recebido: 9/6/2010

Aprovado: 14/11/2010

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the configuration of mobile emergency health care policy in Brazil.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: The study was based on public policy analysis. Bibliographic and document review, analysis of official data and interviews with federal administrators related to formulation and implementation of the Mobile Emergency Care Service (SAMU) in Brazil in the 2000s were performed.

ANALYSIS OF RESULTS: Priority was given to SAMU at the federal level since 2003. During the first years of implementation, municipal level services predominated; in 2008, services with regional scope became more significant. Estimated coverage reached 53.9% of the population in 2009, in 20.5% of Brazilian municipalities. Implementation varied between States, and there were less advanced support ambulances than recommended, both nationally and in several States.

CONCLUSIONS: SAMU was adopted nationwide since 2003 upon development of federal norms. Implementation of the policy involves challenges, including adequate investment, integration of the service into an established urgent care network, arrangement of appropriate information systems and personnel capacity. Addressing these challenges will allow SAMU to become a key health care strategy in the unified health system.

DESCRIPTORS: Emergency Medical Services. Ambulances. Health Priorities. Unified Health System. Health Policy.

INTRODUÇÃO

As pressões sobre os serviços de emergência têm aumentado em face de mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, por isso muitos países organizaram sistemas para atendimento às urgências, sob modelos distintos.^{17,21,a} Em geral, tais sistemas apresentam bons resultados em termos de diminuição da morbidade e mortalidade e nenhum desses modelos é comprovadamente mais eficaz.^{17,21,16}

O modelo francês permite o início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, mas tem sido criticado na atenção ao trauma pelo retardo no transporte para o local definitivo de atendimento.²¹

O modelo americano, que tem influência internacional, propõe a remoção rápida do paciente do local de atendimento.^{17,21} A intervenção é feita por técnicos em emergências médicas (*Emergency Medical Technician*) e por paramédicos.

No Brasil, parte expressiva da população busca consultas nos pronto-socorros dos hospitais, apesar da ampliação da oferta de serviços de atenção básica

desde 1990. Assim, os hospitais ainda são importantes portas de entrada para a assistência médica, o que pode se relacionar a dificuldades no acesso oportuno a serviços básicos, especializados e de apoio diagnóstico. Ademais, o sentido de urgência para o paciente pode não ser o mesmo para profissionais de saúde.⁸

Para Carret et al⁴ a utilização inadequada dos serviços de emergência é prejudicial para os pacientes graves, que precisam de atendimento oportuno, e para os não graves, que, ao buscarem o atendimento hospitalar, não têm garantido o seguimento. O acesso à atenção básica reduz o uso inapropriado de serviços de emergência apenas se o paciente tiver rápido acesso ao atendimento de urgência na atenção básica.⁴

Estudo de monitoramento em pronto-socorros de eventos sentinela da atenção básica concluiu que o atendimento médico oportuno na atenção básica é fundamental e enfatizou a necessidade de superar a deficiência numérica, organização fragilizada e recursos insuficientes para esse nível de atenção.¹⁸

^a Emergency Medical Services Systems in the European Union: report of an assessment project coordinated by the World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008. [citado 2009 jul 8]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/114406/E92038.pdf

Revisão da literatura internacional sobre intervenções para solucionar a superlotação dos serviços de emergência aponta que o caminho para superar o modelo atual de atenção nos serviços de emergência no Brasil deve ter caráter sistêmico e foco no usuário, com redefinição e integração das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação dos processos de trabalho.²

No Brasil, o atendimento às urgências mostra deficiências estruturais do sistema de saúde, como: dificuldades de acesso em vários níveis de atenção, insuficiência de leitos especializados, incipiência dos mecanismos de referência e inadequação na formação dos profissionais de saúde. Ainda assim, somente no começo dos anos 2000 o Ministério da Saúde iniciou a estruturação de uma política articulada para a área.

Diante do peso do Executivo federal na definição das políticas de saúde no Brasil,¹² busca-se quais fatores influenciaram a formulação nacional da política de atenção às urgências e as suas principais características.

O presente estudo teve por objetivo analisar a conformação da política de atenção pré-hospitalar à urgência no Brasil nos anos 2000, com foco no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O estudo baseou-se no referencial da análise de políticas públicas^{9,19} e enfocou o processo de formulação, o conteúdo da política²⁴ nacional do Samu e sua implantação no Brasil.

A análise da entrada do Samu na agenda federal partiu da abordagem de Kingdon,¹⁰ em que “agenda” compreende o conjunto de temas que mobilizam seriamente a atenção dos agentes governamentais ou pessoas associadas em determinado momento. O estudo considerou os três fluxos relevantes para a definição da agenda: problemas (relacionado ao reconhecimento de uma questão como problema pelos governos), soluções (concernente à formulação de alternativas pelos especialistas) e política (relativo a variáveis como mudanças de governo ou de equipes). Segundo essa abordagem, a convergência entre os fluxos abre uma “janela de oportunidade” para que o tema entre na agenda governamental e se traduza em política pública.

Foram definidas como categorias de análise: inserção do Samu na agenda federal (antecedentes, influências, motivos); conteúdo da política (desenho da proposta, relação com outras estratégias); e implantação do Samu (evolução nacional dos serviços de 2004 a julho de 2009 e sua distribuição territorial).

As estratégias metodológicas foram: revisão bibliográfica; análise de documentos e portarias federais;

análise de dados fornecidos pelo Ministério da Saúde; e entrevistas com sete dirigentes federais, selecionados segundo o cargo ocupado e período de atuação na política (entre 2003 e 2010), sendo: dois ministros da saúde; dois secretários federais de primeiro escalão; três coordenadores federais de urgências e emergências. Na apresentação dos resultados, os entrevistados são designados somente pelo tipo de cargo (respectivamente: ministro, secretário e coordenador).

Utiliza-se no artigo genericamente o termo “urgências”, sem diferenciá-lo de “emergências”, como adotado nos documentos federais.

O projeto de investigação foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz sob o número 022.0.031.000-07.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Formulação da política: entrada na agenda e desenho do Samu

A construção da política federal para atenção às urgências no Brasil envolveu três momentos principais: 1998-2002 – primeiras iniciativas de regulamentação; 2003-2008 – formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do Samu; e a partir do final de 2008 – continuidade do Samu e implantação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A Tabela apresenta as principais normas federais relativas ao desenho da política de urgências e do Samu, de 1998 a 2009.

O primeiro momento (1998-2002) foi caracterizado pela emissão de normas pontuais para a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência e publicação da primeira portaria voltada para o atendimento pré-hospitalar móvel. 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.

Comunidades de especialistas destacaram-se na formulação de alternativas para a área, incluindo os conselhos profissionais (de Medicina e de Enfermagem) e a Rede Brasileira de Cooperação de Urgência e Emergência. Em documentos oficiais e nas entrevistas, foi mencionado o congresso promovido por essa Rede em 2000:

“O Secretário de Assistência à Saúde (...) veio na abertura do congresso e disse que realmente ainda não tinha uma política estabelecida sobre as urgências no Ministério e que ele estava aberto a discutir (...) trabalhamos o congresso entusiasmados em fazer um relatório e tirar uma proposta nacional para ser levada para o Ministério”. (Coordenador)

Tabela. Relação das principais portarias federais que estabelecem normas legais da Política Nacional de Urgências e do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências no Brasil.

| Instrumento/ Ano | Conteúdo |
|---------------------------------|---|
| Portaria 2923/1998 | Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. |
| Portaria 479/1999 | Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências. |
| Portaria 824/1999 ^a | Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar. |
| Portaria 814/2001 ^a | Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no País. |
| Portaria 2048/2002 | 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. |
| Portaria 1863/2003 | Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (Pnau), a ser implementada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. |
| Portaria 1864/2003 | Institui 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. |
| Portaria 2072/2003 | Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências e define suas atribuições e responsabilidades. |
| Decreto 5055/2004 | Institui o Samu em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviços. |
| Portaria 1828/2004 | Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios e regiões de todo território nacional. |
| Portaria 1927/2004 | 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. |
| Portaria 2420/2004 | Constitui o Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS na abordagem dos episódios de morte súbita. |
| Portaria 2657/2004 | Estabelece as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais Samu. |
| Portaria 3125/2006 | Institui o Programa QualiSUS e define competências. Estabelece as diretrizes de estruturação e organização da atenção à saúde nas urgências tendo como foco ações nos componentes pré-hospitalar fixo e hospitalar da Rede de Atenção às Urgências. |
| Portaria 491/2008 | 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. |
| Portaria 2922/2008 ^a | Estabelece diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e SE em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes. |
| Portaria 2970/2008 | Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional Samu. |
| Portaria 2971/2008 | Institui e implanta o veículo motocicleta - motolância - como integrante da frota de intervenção em toda a Rede Samu, e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio. |
| Portaria 2972/2008 | Orienta a continuidade do Programa QualiSUS, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. |
| Portaria 1020/2009 | Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo - UPA e SE - visando a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. |

Fonte: Sistema SaudeLegis. Disponível em: <http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/LEG_NORMA_PESQ_CONSULTA.CFM>. Elaboração do autor.

^a As portarias assinaladas foram revogadas/substituídas por portarias posteriores.

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.

Do congresso resultaram debates para a construção de uma política federal nos anos seguintes, com o envolvimento de profissionais da área e o apoio de dirigentes,

que culminaram na publicação do Regulamento do Atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência em 2002, a base para a estruturação

subseqüente da política. Ainda não havia uma área técnica na estrutura do Ministério responsável pela política de urgências, nem instrumentos de financiamento para a sua operacionalização.

O segundo momento (2003-2008) foi marcado pela formulação da Política Nacional de Atenção às Urgências e pelo destaque na agenda governamental da estratégia do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), a ser implantado como primeiro componente dessa política. As principais mudanças institucionais no período foram: a formalização da Coordenação Geral de Urgências e Emergências na estrutura ministerial, a construção das regras nacionais relativas ao Samu e a instituição de mecanismos de financiamento específicos.

A Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003 propôs a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteados pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política estruturou-se em cinco eixos: promoção da qualidade de vida, organização em rede, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção.

Os seguintes componentes foram considerados para a organização de redes de atenção integral às urgências: pré-hospitalar fixo (unidades básicas de saúde e de saúde da família, equipes de agentes comunitários, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia, e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências); pré-hospitalar móvel (Samu); hospitalar; e pós-hospitalar (atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral).

Segundo os entrevistados, a entrada do Samu na agenda federal de prioridades em 2003 teria sido favorecida pela articulação anterior de especialistas, pela existência de experiências municipais e de uma regulamentação nacional prévia. O apoio dos novos dirigentes federais, incluindo o Ministro da Saúde e o Presidente, teria sido decisivo:

“o ministro Humberto Costa conhecia o pré-hospitalar porque ele implantou em Recife (...) foi defender essa proposta de ser o primeiro componente para o Ministério implantar na área de urgência e emergência. (...) foi um trabalho espetacular do diretor, do secretário e do ministro junto ao presidente Lula para que fosse priorizado esse projeto dentro da coordenação e que tivéssemos recursos para implantar esse serviço no Brasil. Foi muito gratificante quando o presidente Lula ficou entusiasmado.” (Coordenador)

“Teve um idealismo do presidente de dizer: eu quero isso ‘pro’ País. Teve um apoio político, e não só técnico, que vinha sendo discutido, para que se implantasse isso ‘a’ nível nacional.” (Coordenador)

O Samu permaneceu na agenda federal de prioridades nas gestões ministeriais subseqüentes, o que é evidenciado por: destaque como meta presidencial; presença nos discursos do presidente e de todos os ministros; expansão de serviços no território; e reconhecimento por todos os entrevistados da pesquisa, como na fala:

“O presidente me pediu: ‘você dê um jeito de atingir as metas previstas para o Samu’. (...) Era uma continuidade da administração.” (Ministro)

A defesa da implantação do Samu como primeira etapa da política baseou-se no argumento de que as centrais de regulação seriam importantes para a organização dos fluxos de atenção integral às urgências, pois poderiam exercer o papel de observatórios das redes de assistência no sistema de saúde. Dados provenientes de seu funcionamento seriam relevantes para o planejamento de ações, visando ampliar e qualificar o acesso ao atendimento de urgência no País. O Samu, devido a suas atribuições, constituiria uma das portas de entrada do sistema, ao receber demandas da população e evidenciar as deficiências da rede.

Em face da prioridade conferida ao Samu, o desenho da estratégia se traduziu em instrumentos de indução, como normas federais e mecanismos financeiros. Os Samu são compostos por centrais reguladoras e por um conjunto de ambulâncias, e requerem profissionais qualificados e equipamentos adequados para o atendimento às urgências. As centrais podem ser acionadas pelo número de telefone 192 e médicos reguladores designam as ambulâncias apropriadas para cada atendimento. No modelo brasileiro, adotaram-se dois tipos principais de ambulâncias. As de suporte básico contam com motorista, técnico de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento às urgências, em casos sem risco imediato de vida, sob orientação dos médicos das centrais. Já as de suporte avançado incluem motorista, médico e enfermeiro, além de equipamentos para cuidados intensivos, nas situações de risco iminente de vida. Foram propostos também meios alternativos de transporte, como as “ambulanchas”, para o atendimento de populações ribeirinhas; as “motolâncias”, para áreas remotas ou de tráfego intenso; e o transporte aéreo, para situações específicas.

Segundo os entrevistados, apesar de inspirado por experiências internacionais, o modelo brasileiro do Samu adquiriu características próprias:

“No modelo francês, é 100% medicalizado. Mas não teríamos condições de fazer isso. (...) nos espelhamos muito no modelo francês, mas nosso Samu é um modelo brasileiro: é feito de acordo com as nossas condições.” (Coordenador)

A idéia do “socorrista”, apesar de debatida no Brasil no final dos anos 1990, foi descartada na definição

da estratégia brasileira do Samu após resistências de conselhos profissionais e da constatação da inexistência desse profissional no País:

“Temos aqui o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, o técnico (...) que têm as suas áreas atuantes e suas legislações. Não temos aqui, como nos Estados Unidos, a legislação do socorrista.” (Coordenador)

O desenho da estratégia do Samu previu um arranjo federativo para o financiamento e gestão. Incentivos federais foram adotados para investimento e custeio, com proposta de co-financiamento pelas outras esferas de governo, cuja adesão é fundamental para a implantação do Samu. A responsabilidade pela gestão das centrais pode ser de municípios ou Estados, e sua abrangência pode ser municipal ou regional, a depender das condições institucionais e da pactuação no âmbito de cada Estado. No início, a adesão de municípios isolados predominou, mas depois a preocupação com a gestão regional do Samu cresceu:

“Cidades que tiveram maior capacidade de se organizar, as que têm uma população maior, acabaram tendo o serviço. Os municípios menores acabaram sem força para se organizar. (...) Os estados que tiveram visão e conseguiram assumir o controle dessas redes foram os estados que tiveram mais sucesso (...) Hoje a gente tem muitos Samu regionais.” (Coordenador)

“O equívoco do Samu é a base municipal dele. Se ele tivesse uma base regional mais estabelecida, de gestão regional...” (Secretário)

“Nenhum projeto de Samu vai sair a partir de agora que não seja regional.” (Coordenador)

Também foram propostos comitês de gestão, com o envolvimento de atores como polícia, bombeiros, gestores da saúde e da educação, embora os entrevistados

tenham reconhecido que a capacidade de articulação interinstitucional é variável no País.

A compreensão do Samu como componente de uma rede de atenção às urgências que requer a organização de sistemas articulados de serviços em determinado território, presente desde 2002, volta a ter ênfase no final de 2008 no discurso e nas normas federais. O foco da política deslocou-se para outras estratégias, com destaque para as Unidades de Pronto-Atendimento (UPA):

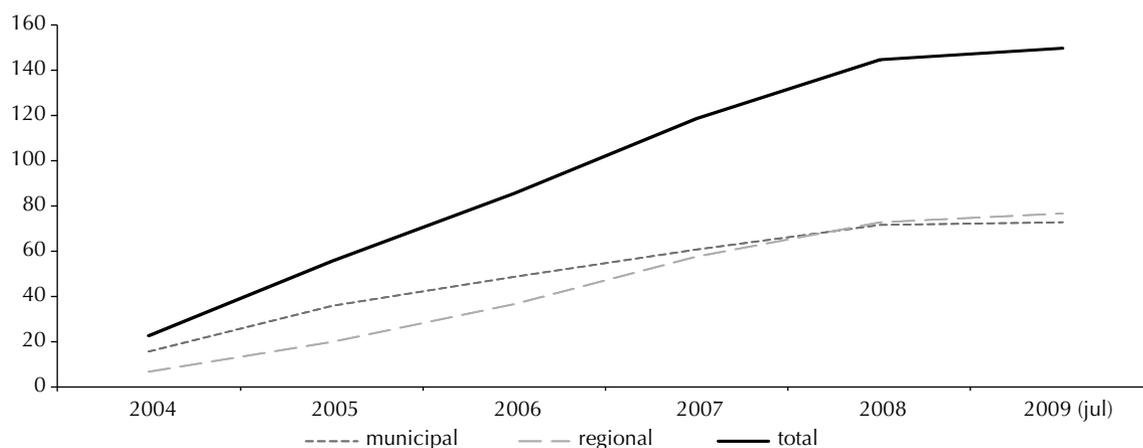
“Na política nacional de atenção às urgências, a gente tem outros dois componentes importantes. O QualiSUS, que coloca dinheiro pras portas de emergência de entrada do SUS, qualificando seu atendimento. (...) Apesar de existirem no Brasil todas as unidades não hospitalares que funcionam 24 horas atendendo as urgências, de na portaria 2048 de 2002 a gente ter descrito as unidades não hospitalares de atendimento às urgências (...) ela se materializou em dezembro [de 2008] com o nome de UPA 24h, como Unidade de Pronto-Atendimento.” (Coordenador)

Um terceiro momento parece se configurar a partir do final de 2008, quando a UPA ganhou destaque como o componente pré-hospitalar fixo da atenção, mobilizando os esforços federais nos âmbitos normativo, financeiro e político.

Implantação nacional do Samu

O número de Samu inaugurados no Brasil aumentou progressivamente entre janeiro de 2004 e julho de 2009, com desaceleração nesse último ano (Figura 1).

Quanto ao tipo de abrangência, em 2008 os Samu regionais ultrapassaram os municipais. Isso pode traduzir o movimento de adesão mais precoce dos grandes municípios à estratégia, bem como a preocupação do Ministério da Saúde em estimular posteriormente a



Fonte: Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde.

Figura 1. Evolução anual do número de Samu segundo tipo de abrangência Brasil, 2004 a julho 2009.

participação dos Estados e a organização regionalizada dos Samu, com o objetivo de incluir municípios menores nas redes de atendimento às urgências.

A Figura 2 reitera essas hipóteses, ao mostrar que a proporção da população abrangida é sempre maior do que a proporção dos municípios brasileiros atendidos pelo Samu. Entre 2007 e 2008, no entanto, a variação na proporção de municípios abrangidos foi maior do que a variação na população abrangida por esses serviços, sugerindo a incorporação de municípios de menor porte. Em 2009, a estratégia já estaria ao alcance de mais de 100 milhões de pessoas, ou seja, mais da metade da população, residente em 20,5% dos municípios do País.

A população abrangida pelo Samu distribui-se de forma variada pelo território nacional (Figura 3). Isso se relaciona ao fato de a implantação descentralizada da estratégia depender da adesão de Estados e/ou municípios, que têm situações diferenciadas quanto a: 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.

A maioria das ambulâncias no País era de suporte básico em 2009; 21,5% delas eram de suporte avançado. Essa proporção está próxima da prevista na regulamentação nacional, que preconiza uma ambulância de suporte avançado para quatro de suporte básico. No entanto, considerando a recomendação nacional de disponibilidade de no mínimo uma ambulância de suporte avançado por 450 mil habitantes, observa-se que a média nacional e a de vários Estados estão abaixo desse parâmetro (Figura 4).

DISCUSSÃO

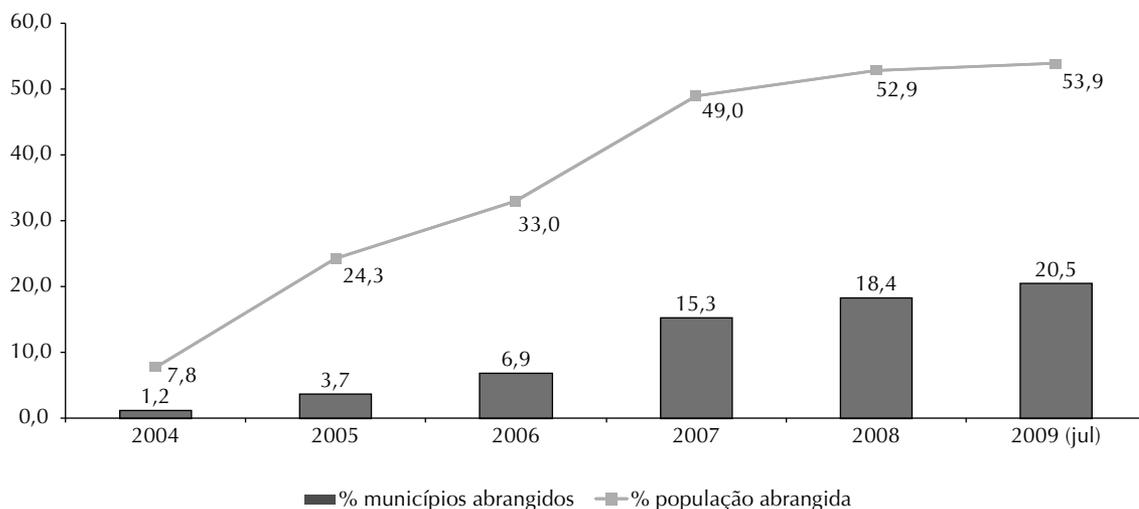
A atenção às urgências era reconhecida como problema a ser enfrentado no SUS em vários municípios brasileiros antes mesmo dos anos 2000. Esses municípios, em face da descentralização político-administrativa, buscaram expandir os atendimentos e implantaram experiências locais.^{6,20,22}

As comunidades de especialistas (conselhos e redes de profissionais) construíam alternativas para a atenção às urgências e conseguiram espaço de influência sobre o Ministério da Saúde no início dos anos 2000, o que resultou nas primeiras normas para a área.

Porém, a mudança de governo em 2003 foi decisiva para a definição do Samu como prioridade na agenda federal (fluxo da política). Naquela ocasião, uma janela de oportunidade abriu-se para que as propostas em debate se transformassem em política nacional, com a configuração de instrumentos formais (normas, incentivos) para a sua implantação.

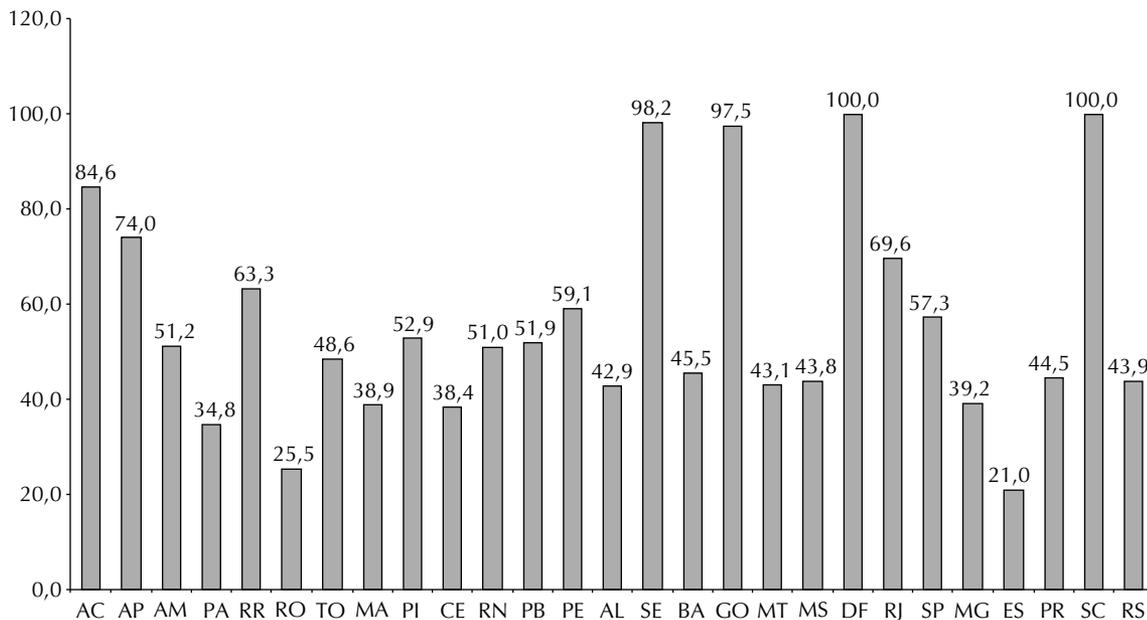
De certa forma, o desenho abrangente da política nacional de urgências divulgada em 2003 expressa uma lógica de dependência da trajetória,¹⁵ uma vez que é coerente com as diretrizes do SUS e favorecido pela existência de uma norma desde 2002, resultante da maturação de debates nos anos anteriores. Em síntese, para que o Samu assumisse lugar de destaque na agenda federal e tivesse continuidade, tanto variáveis institucionais (regras nacionais, experiências locais) como políticas (adoção como marco de governo, valorização pelos atores) foram importantes.

Dado o importante peso do Executivo Federal¹ e do Ministério da Saúde na indução de políticas no Brasil,¹²



Fonte: Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Figura 2. Proporção da população e dos municípios abrangidos pelo Samu Brasil, 2004 a julho de 2009.

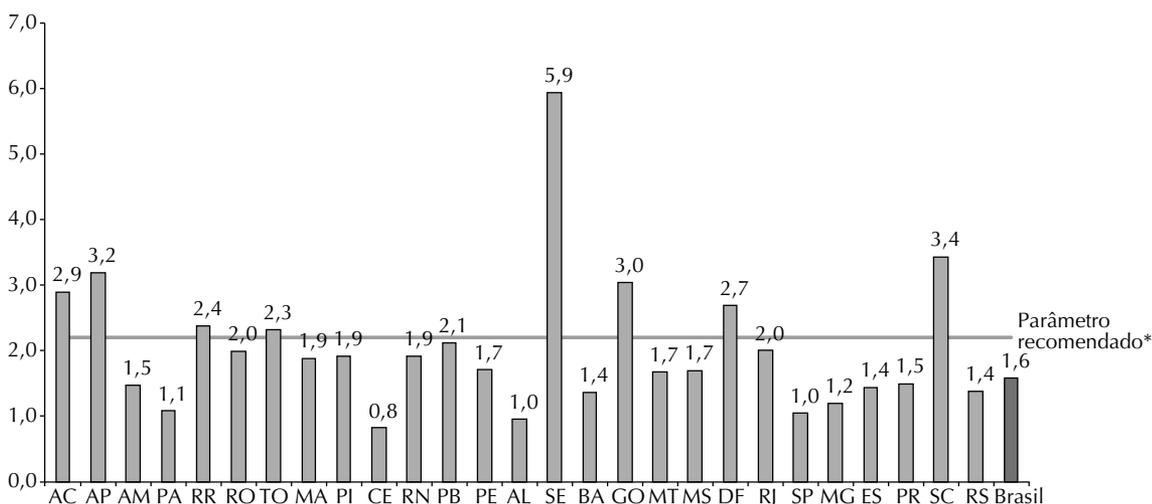


Fonte: Dados fornecidos pela Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Figura 3. Proporção da população abrangida pelo Samu por Unidade Federativa. Brasil, julho 2009.

a implantação do Samu foi expressiva no território nacional. No entanto, como é esperado no contexto federativo, há diferenças entre os Estados quanto à abrangência populacional e características da implantação do Samu. Tal diversidade de implantação requer a realização de estudos específicos para a compreensão dos resultados da estratégia, de suas possibilidades e de seus limites.

Vários países adotaram estratégias de atendimento pré-hospitalar móvel como componentes dos sistemas de atenção às urgências.^{17,a} A regulação médica do atendimento pré-hospitalar pode contribuir para estruturar a relação entre os serviços e os fluxos dos pacientes, bem como para identificar os determinantes dos problemas e auxiliar no planejamento da assistência às urgências.²⁰



Fonte: Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Nota: A norma nacional recomenda uma unidade de suporte avançado para cada 450 mil habitantes, o que corresponde a 2,2 unidades de suporte avançado para 1.000.000 de habitantes.

Figura 4. Número de ambulâncias de suporte avançado por 1.000.000 de habitantes segundo Unidade Federativa. Brasil, julho de 2009.

No Brasil, o Samu pode favorecer a organização de redes de atenção, uma vez que exige a conformação de centrais de regulação, que por sua vez podem impulsionar estratégias de regulação assistencial em outras áreas.

Pesquisas recentes apontam avanços, mas também problemas, na implantação do Samu relativos a condições estruturais,^{5,11,13} gestão,^{3,5,7,11} integração na rede,^{7,11,13} capacitação dos profissionais⁵ e práticas de atenção.^{14,23} Tais pesquisas sugerem a persistência de lacunas também citadas pelos entrevistados deste estudo.

Uma delas é que a organização de um sistema integrado de atenção às urgências requer maiores investimentos públicos nos diversos níveis (atenção básica, especializada, hospitalar), articulação de serviços no território e mecanismos efetivos de regulação pública. A ênfase em componentes específicos da política – Samu, UPA – parece insuficiente diante da complexidade dessa questão.

Atualmente existem diferentes sistemas de informações nos Estados e municípios, mas não há informações consolidadas sobre o perfil e o resultado dos atendimentos realizados pelo Samu. Estas seriam úteis para o planejamento das ações visando à melhoria da atenção às urgências.

Outra lacuna relaciona-se à qualificação dos profissionais que atuam nas centrais e nas ambulâncias, dada a especificidade desse tipo de atendimento. Apesar de previstas no desenho da política, as iniciativas de formação ainda têm alcance limitado.

O enfrentamento dessas lacunas é fundamental para que o Samu se consolide como estratégia estruturante para o SUS, componente de uma política integrada de atenção às urgências, e não somente como um programa de alta visibilidade, porém com risco de limitada efetividade na resolução dos problemas de saúde da população.

REFERÊNCIAS

- Almeida MHT. O Estado no Brasil contemporâneo: um passeio pela história. In: Melo CR, Sáez MA, organizadores. A democracia brasileira: balanço e perspectivas para o século 21. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007. p.17-34.
- Bittencourt RJ, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica*. 2009;25(7):1439-54. DOI:10.1590/S0102-311X2009000700002
- Cabral APS, Souza WV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do nordeste brasileiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(4):530-40. DOI:10.1590/S1415-790X2008000400002
- Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):7-28. DOI:10.1590/S0102-311X2009000100002
- Chomatas M. Integração de saberes e práticas na organização do Samu de Curitiba - PR. *Divulg Saude Debate*. 2005;(32):90-5.
- 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):659-66. DOI:10.1590/S1414-32832008000300016
- 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 interações por doenças isquêmicas do coração. *Cad Saude Publica*. 2008;24 (4):767-76. DOI:10.1590/S0102-311X2008000400006
- Giglio-Jacquemot A. Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. (Coleção Antropologia e Saúde).
- Ham C, Hill M. The policy process in the modern capitalist state. Brighton: Wheatsheaf Books; 1984.
- Kingdon JW. Agendas, alternatives and public policies. 2.ed. New York: Longman; 2003.
- 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):323-36. DOI:10.1590/S0102-311X2010000200011
- Machado CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. *Cad Saude Publica*. 2007;23(9):2113-26. DOI:10.1590/S0102-311X2007000900019
- Minayo MCS, Deslandes SF. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1877-86. DOI:10.1590/S0102-311X2008000800016
- Morais DA, Carvalho DV, Timerman S, Gonzalez MMC. Parada cardiopulmonar em ambiente pré-hospitalar: ocorrências atendidas pela Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte. *Rev Bras Clin Med*. 2009;7(4):211-8.
- Pierson P. Politics in time: history, institutions and social analysis. Princeton: Princeton University Press; 2004.
- Pinet LM. Atención prehospitalaria de urgencias en el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. *Salud Publica Mex*. 2005;47(1):64-71. DOI:10.1590/S0036-36342005000100010
- Pozner CN, Zane R, Nelson SJ, Levine M. International EMS systems: the United States: past, present and, future. *Resuscitation*. 2004;60(3):239-44. DOI:10.1016/j.resuscitation.2003.11.004
- Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad Saude Publica*. 2008;24(9):2032-42. DOI:10.1590/S0102-311X2008000900009

19. Sabatier PA, editor. Theories of the policy process. 2. ed. Boulder: Westview Press; 2007.
20. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFP. Avaliação do modelo de organização da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. *Medicina (Ribeirao Preto)*. 2003;36(2/4):498- 515.
21. Scarpelini S. A organização do atendimento às urgências e trauma. *Medicina (Ribeirao Preto)*. 2007;40(3):315-20.
22. Tannebaum RD, Arnold JL, De Negri Filho A, Spadoni VS. Emergency medicine in Southern Brazil. *Ann Emerg Med*. 2001;37(2):223-8. DOI:10.1067/mem.2001.112252
23. Vieira CMS, Mussi FC. A implantação do Projeto de Atendimento Móvel de Urgência em Salvador/Bahia: panorama e desafios. *Rev Esc Enferm USP* 2008;42(4):793-7. DOI:10.1590/S0080-62342008000400024
24. Walt G. Health policy: an introduction to process and power. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq - Processo n. 565982/2008-7) e pela Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (Faperj - Processo n. E-26/102.283/2009).

Salvador FGF foi apoiada pelo CNPq (bolsa de iniciação científica).

Os autores declaram não haver conflitos de interesses.