

Do imaginário normativo a realidade da Rede de Atenção às Urgências

From normative imaginary reality of the Network of Emergency Care

Adriana C. Almeida¹, Fernando A. R. Gusmão Filho², Arnaldo F. Caldas Junior³, Suely A. Vidal⁴, Reginaldo I. C. Campello⁵

RESUMO

Modelo do estudo: estudo de caso. **Objetivo:** analisar a Rede de Atenção às Urgências sob a ótica do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) Metropolitano do Recife. **Material e Método:** estudo de caso com múltiplas unidades de análise. O caso foi o SAMU Metropolitano do Recife e as unidades de análise foram os componentes: promoção, prevenção à saúde e vigilância; organização e governança da rede. Optou-se pela triangulação de métodos e de fontes, utilizando entrevista semiestruturada com 57 profissionais que atuavam nesse serviço; observação direta e documentos oficiais (banco de dados, portarias e relatórios). Para a análise dos dados qualitativos utilizou-se a técnica de condensação de significados e para os quantitativos, a frequência média dos eventos. **Resultados:** O perfil dos profissionais entrevistados mostra que 53% era do sexo masculino, 65% graduados há menos de 12 anos, um pouco mais da metade atuava no SAMU há menos de 2 anos e 77% tinham vínculo empregatício temporários por meio de contratos com as prefeituras. Segundo os entrevistados há estratégias de promoção e prevenção, mas, não conseguem visualizar mudanças no perfil epidemiológico e demográfico como resultado da implantação dessas estratégias. Existe uma distribuição inadequada dos equipamentos de saúde; baixa cobertura populacional dos pontos de atenção à saúde (50% de cobertura de PSF/ESF e déficit de 3.089 leitos hospitalares do SUS) e, falta de coordenação do comitê gestor estadual regional do sistema de atenção as urgências pela Secretaria do Estado de Pernambuco. **Conclusão:** A falta de gestão de informação dos atendimentos na área de urgência e das estratégias de promoção e prevenção gera descontinuidade no processo de vigilância, corroborada pelas falhas de comunicação em toda a rede de assistência do SAMU, gerando déficit de cobertura populacional e inadequação dos pontos de saúde frente à legislação vigente. A falta de integração dos serviços, a dificuldade de acesso e de continuidade ao tratamento demonstra a inadequada governança da rede de assistência às urgências.

Palavras-chave: Socorro de Urgência. Ambulâncias. Unidades Móveis de Emergência. Sistema Médico de Emergência. Tratamento de Emergência. SAMU.

1. Doutoranda do Instituto de Medicina Integral de Pernambuco - IMIP/Prof. Fernando Figueira.
2. Doutorado em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Pesquisador do IMIP/Prof. Fernando Figueira.
3. Pós Doutorado em Epidemiologia e Saúde Pública pela Universidade de Londres; Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE.
4. Doutorado no IMIP/Prof. Fernando Figueira. Médica e Coordenadora do Ambulatório de Pediatria Médica do IMIP/Prof. Fernando Figueira.
5. Doutorado em Odontologia na Universidade de Pernambuco (UPE). Professor Adjunto da UPE na disciplina de Medicina Forense na Faculdade de Odontologia /Faculdade de Medicina de Pernambuco.

Correspondencia
Adriana C. Almeida
Instituto de Medicina Integral de Pernambuco - IMIP / Prof.
Fernando Figueira.
Rua dos Coelho, 300. Boa Vista
CEP 50070-550 / Recife - PE - Brasil.

Artigo recebido em 16/10/2014
Aprovado para publicação em 25/03/2015

ABSTRACT

Study design: a case study. **Objective:** To analyze the Emergency Care Network from the perspective of the Mobile Emergency Care Service of the Metropolitan Recife (SAMU). **Material and Method:** a case study with multiple units of analysis. The object of the study was the SAMU and the units of analysis were the components: promotion, prevention and health surveillance; organization and governance of the network. We opted for the triangulation of methods and sources, using semistructured interviews with 57 professionals working in this service; direct observation and official documents (database, ordinances and reports). For the analysis of qualitative data we used the technique of condensing meanings and quantitative, the average frequency of events. **Results:** The profile of the professionals interviewed shows that 53% were male, 65%, had graduated less than 12 years, a little more than half worked in the SAMU for less than 2 years and 77% had temporary employment through contracts with the municipalities. According to the interviewees there are strategies of promotion and prevention, but one cannot see changes in the epidemiological and demographic profile as a result of the implementation of these strategies. There is an inadequate distribution of health equipment; low health coverage of the population (50% of PSF coverage / ESF and deficit of 3,089 hospital beds) and lack of coordination between the state regional steering committee of the care system emergencies. **Conclusion:** The lack of information on care management in the emergency area, promotion and prevention strategies generates discontinuity in the process of surveillance, added by communication failures across the SAMU service network. Therefore, there is a deficit and inadequacy of health coverage. The lack of integration between services, the difficulty of access and the patient continuity on the treatment demonstrates the inadequate governance of the service network to the emergency room.

Keywords: Emergency Relief. Ambulances. Emergency Medical System. Emergency Treatment. SAMU.

Introdução

As transformações epidemiológicas, demográficas e sociais colocam desafios para a saúde e para os sistemas de saúde, uma vez que a urbanização, o envelhecimento e as mudanças globalizadas nos estilos de vida combinam-se entre si para tornar as doenças crônicas e os traumatismos causas, cada vez mais importantes, de morbidade e de mortalidade.^{1,2}

Esse cenário mundial tem gerado grande impacto aos Serviços de Atenção às Urgências e Emergências (SAUE), os quais vêm passando por uma crise, manifestada pelo fenômeno da “superlotação”³⁻⁶, inclusive no Brasil⁷. Para alguns autores, a superlotação desses serviços tem como fatores determinantes: aumento da demanda e da complexidade de ocorrências agudas^{5,8-11}; a insuficiência de leitos hospitalares^{5,9-10}; o déficit de profissionais de saúde⁹⁻¹⁰; o aumento no tempo de permanência hospitalar¹²; as limitações de perfil e de capacitação dos profissionais que nestas atuam¹³; o baixo rendimento dos serviços de atenção primária¹³ e assistência às urgências centrada nos hospitais¹³.

Esses fatores, dentre outros, “indicam baixo desempenho dos sistemas de saúde como um todo, que diminui a qualidade assistencial”¹⁴, assim como, de toda a rede¹⁵. No Brasil, os problemas na atenção às urgências são frequentemente denunciados pela

mídia, Ministério Público, profissionais que atuam na área, Conselho de Classe e Justiça⁷, apesar dos avanços na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 23 anos^{13,16-18}.

Um dos avanços nesta área foi a implantação da Rede de Atenção às Urgências (RAU) com a finalidade de articular e integrar os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários de urgência e emergência de forma eficaz¹⁸.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi o primeiro componente implantado da Política Nacional de Atenção às Urgências (versão 2003)¹⁹, é um dos pontos de atenção desta Rede de Atenção às Urgências, o qual é considerado um excelente observatório dos Serviços de Atenção às Urgências e Emergências²⁰ sendo, por isso, selecionado para o presente estudo que teve por objetivo avaliar a RAU da região metropolitana do Recife.

Material e Métodos

Estudo de caso único com níveis múltiplos de análise, por meio de triangulação de fonte²¹, onde o caso foi o SAMU Metropolitano do Recife e as unidades de análises foram os componentes: 1. Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; 2. Organização da Rede de Atenção às Urgências (Atenção Básica

em Saúde/ABS ou Atenção Primária em Saúde/APS; Unidades de Pronto Atendimento / UPA e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; SAMU 192 e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização/SE; rede hospitalar e atenção domiciliar) e 3. Governança da rede.

A região do SAMU Metropolitano do Recife representa uma das unidades geográficas para o planejamento e monitoramento da RAU em Pernambuco. É constituída por 16 municípios com extensão territorial de 3.646 km², população total de 3.976.644 habitantes e importantes diferenças intermunicipais, como densidade populacional, condições socioeconômicas²² e rede assistencial de saúde híbrida quanto ao tipo de prestador de saúde no SUS.²³

O marco de referência desse estudo está contido nos documentos sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Atenção às Urgências; A Polí-

tica Nacional de Atenção às Urgências (versão 2003); e as Redes de Atenção à Saúde e de Atenção às Urgências, oficializados pelo Ministério da Saúde brasileiro em 2002¹⁶, 2003¹⁷, 2010²⁴ e 2011.¹⁸

Os componentes dessa RAU¹⁸ estão descritos no Quadro I. A governança dessa rede é exercida pelo Comitê Regional Gestores do Sistema de Atenção às Urgências com coordenação do gestor estadual.¹⁹

O estudo foi realizado no período de junho de 2010 a junho de 2012, dividido em duas fases sequenciais de coleta e análise de dados com abordagem exploratória.²¹

A coleta de dados quantitativos foi obtida por meio de cinco instrumentos: 1. *checklist* relacionados à frota do SAMU (ambulâncias e motolâncias habilitadas e qualificadas) em cada serviço, de acordo com a referência da legislação e os materiais, equipamentos e tripulação dessa frota. Os demais foram

Quadro 1: Descrição das Unidades de Análise do SAMU metropolitano do Recife

Componentes	Definição
Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde	Informações produzidas pelos serviços para o diagnóstico das necessidades de saúde da população adscrita, por meio de participação popular, para subsidiar as ações de promoção e prevenção à saúde, organização da rede assistencial e monitoramento dessa RAU. ¹⁶⁻¹⁸
Organização da RAU	<p>Cobertura estimada e real dos pontos de atenção a saúde com base nas necessidades de saúde da população, organizados de forma articulada e com integração de todos os equipamentos de saúde, com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência, de forma ágil e oportuna. Onde¹⁸:</p> <ul style="list-style-type: none">• ABS/APS: objetiva a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização, e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/ encaminhamento, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade;• SAMU 192 e a CRMU visam o atendimento precoce à vítima após ter ocorrido um agravo à saúde sendo necessário garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS;• SE: ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições de garantir a assistência 24 horas, vinculado a um equipamento de saúde, articulado e conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde pela CRU;• UPAs e o conjunto de Serviços de Urgência 24 horas não hospitalares devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade• Rede hospitalar: constituído pelas Portas Hospitalares de Urgência, enfermarias de retaguarda, leitos de cuidados intensivos, serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório e linhas de cuidados prioritárias (cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológica);• AD: conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação em domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e realiza o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.

dados secundários obtidos do: 2. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) para obtenção de dados de mortalidade por grupo de causas, por ano de ocorrência, na população residente na área do SAMU metropolitano do Recife, entre 1978 a 2010; 3. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), no período de 2010 a 2012, relacionados à oferta de serviços nessa região de saúde; 4. Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) no período de janeiro a dezembro de 2010; e 5. Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) relacionado à Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde 2010 e Proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica entre 2008 e 2010. Todos esses dados estão disponíveis no *site* do DATASUS.^{23,25,26,27}

Ainda na abordagem quantitativa foi estimada a Cobertura Ideal (CI)²⁸ dos componentes assistenciais da Rede (Quadro 2) a partir dos dados do IBGE²² e das normas vigentes.^{16, 28,30-33} Comparou-se a CI em relação à Cobertura Real (CR) dos serviços com os dados do CNES²³, SIH/SUS²⁸ e o IDSUS em relação à Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde 2010 e Proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica.²⁵

Os dados de caráter qualitativo foram obtidos por entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise de documentos permitindo, assim, aprofundar os conhecimentos sobre as unidades de análise desse estudo. As respostas das entrevistas foram confrontadas com as observações, registros e documentos que serviram para corroborar e aumentar a evidência de outras fontes.²¹ A estratégia de combinação para os diferentes bancos de dados foi seguir uma linha de investigação para obter convergência ou divergência de dados.

A entrevista é uma das mais importantes fontes de informação,²¹ nesse estudo a entrevista semiestruturada foi conduzida com perguntas abertas e fechadas abordando perfil dos entrevistados por meio de variáveis sociodemográficas (sexo, tempo de formado, tempo de atuação no SAMU, titularidade, regime de trabalho); variáveis relacionadas as ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde; organização da RAU e governança da rede pelo Comitê Regional de Gestores do Sistema de Atenção às Urgências. Cada entrevista durou entre 40 a 55 minutos que recebeu uma numeração específica para cada município. O período dessa coleta de dados foi de dezembro de 2010 a março de 2011, nos plantões diurnos incluindo feriados e finais de semana.

Os informantes-chave selecionados foram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores dos veículos de cada base isolada deste SAMU. Estes profissionais foram escolhidos por suas vivências no acolhimento, estabilização e transporte dos pacientes dentro dessa rede, bem como pela capacidade de compreender a importância da retaguarda dos demais pontos de saúde de forma integrada para dar continuidade ao tratamento dos casos agudos ou crônicos agudizados. Por esta razão, não era objetivo deste estudo entrevistar gestores responsáveis pelo sistema, já que o objetivo principal do estudo era verificar as condições e dinâmica dos atendimentos às urgências nessa rede.

De cada base isolada desse SAMU regional foram selecionados três profissionais de saúde (enfermeiro, técnico de enfermagem e condutor) em sete municípios que dispunham apenas de Unidades de Suporte Básico de Vida (UBS) e quatro profissionais de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e condutor) em nove municípios que dispunham de unidades de suporte básico e avançado de vida. O tamanho da amostra foi estimado de modo que tivesse uma categoria profissional da cada membro das equipes Móveis do SAMU.

Antes da entrevista foi explicada a finalidade da pesquisa e a importância da participação do entrevistado, solicitando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após a aceitação da participação do profissional. Para garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados, foram utilizados códigos de identificação (MM: médico do município, EM: enfermeira do município; TEM: técnico de enfermagem do município e CM: condutor do município), seguidos do número de cada município.

A observação direta da dinâmica desta RAU foi realizada durante o atendimento às vítimas, pelo pesquisador principal que acompanhou as equipes móveis do SAMU/Recife durante 30 plantões diurnos (12 horas) durante os sete dias da semana, incluindo feriados, e durante a aplicação do checklist (observação sistemática) em cada uma das bases isoladas desse SAMU.

Estava previsto a análise do relatório anual da Política Estadual de Promoção à Saúde referente ao ano de 2010, mas como não se conseguiu acesso a este documento, selecionou-se como indicadores indiretos para análise deste componente a proporção de óbitos por grupo de causas e por faixa etária entre os municípios que compõem a região de saúde do SAMU

Quadro 2: Matriz de indicadores da Rede de Atenção às Urgências (RAU)

Componente	Indicador	Parâmetro e Método de Cálculo	Documento de Referência do Parâmetro	Interpretação	Fontes	Anos de Análises
Organização da RAU nas ABS/APS	Número de Equipes da Estratégia de Saúde da Família de cada município	Para cada grupo de 3.000 habitantes uma equipe de PSF/ESF, divide-se o nº de equipe de PSF/ESF pela população residente.	Portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006 ³¹	Mede a cobertura de ESF. Maior cobertura > maior oferta de serviços e facilidade de acesso.	CNES IBGE	2010
	Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB)	28,6% de internações sensíveis à atenção básica (ISAB) em relação a todas as internações.	Índice de Desempenho do SUS ²⁶ .	> 28,6% significa que as internações sensíveis representam a média complexidade e indiretamente mede a baixa resolutividade da atenção básica.	IDSUS	2008 a 2010
Organização da RAU nas UNHAUE, Policlínicas em funcionamento 24 horas, UPAS e SE.	Cobertura populacional Estimada pelas equipes básicas de Saúde (CPEEBS)	Número médio anual de equipes da saúde da família + nº médio anual de cargas horárias de 60h semanais da clínica médica, ginecologia e pediatria) x 3 mil ÷ pela população residente no município.	Índice de Desempenho do SUS ²⁶	Mede a cobertura das ESF ou das clínicas médica, ginecológica e pediatria. > cobertura maior oferta de serviços nas clínicas básicas e facilidade de acesso.	IDSUS	2010
	Número das UNHAUE*, Policlínicas, SE e UPAS abertas 24 horas ininterruptas.	UPA Porte I para municípios com 50.000 a 100.000 habitantes - número de atendimentos médicos = 150 pacientes/24 horas e possuir 07 de leitos de observação, no mínimo; UPA Porte II para município com 100.001 a 200.000 hab. atendimentos médicos = 300 pacientes /24 h e 11 de leitos de observação, no mínimo;	Portaria nº 2.048 de 05 de novembro de 2002, Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011 e Portaria Nº 2.821, de 28 de novembro de 2011 ^{16,33,34} .	Mede a cobertura da UNHAUE, UPA, SE e acesso a RAU Maior cobertura maior oferta de serviços e facilidade de acesso.	CNES IBGE	2012

Quadro 2: Matriz de indicadores da Rede de Atenção às Urgências (RAU) (continuação)

Componente	Indicador	Parâmetro e Método de Cálculo	Documento de Referência do Parâmetro	Interpretação	Fontes	Anos de Análises
		<p>UPA Porte III para municípios com 200.001 a 300.000 hab., atendimentos médicos até 300 pacientes/24 h e ter 15 de leitos de observação, no mínimo. Garantia de cobertura de Atenção Básica, no mínimo, 50% no Município sede da SE ou da UPA reformada, ampliada ou Nova.</p>				
Organização da RAU SAMU	Frota de transporte	<p>Ambulância tipo UBS equipada para cada grupo de 100.000 hab. 6 Ambulância tipo USA equipada para cada 400.000 hab; 6 Motolância equipada para cada USA e mais uma equipada para cada duas UBS¹³</p>	Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002 ¹⁶	Mede a cobertura do SAMU e acesso a RAU Maior cobertura maior oferta de serviços e facilidade de acesso.	CNES IBGE	2012
Organização da RAU Rede Hospitalar e Pós-hospitalar	Número de leitos por especialidades médicas na Clínica Cirúrgica, Clínica Geral, Cuidados Prolongados, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica, Reabilitação, Pneumologia Sanitária, Psiquiatria Hospitalar e leitos Dia de	<p>Cálculo dos leitos hospitalares totais = $\frac{\text{População do município} \times 3}{1000}$ Cálculo dos leitos por especialidades médicas - total de leitos hospitalares distribuídos percentualmente: 14,99% para Clínica cirúrgica; 26,82% para Clínica geral; 5,62% para cuidados prolongados (crônicos); 9,49% para Clínica Obstétrica; 14,06% para a Clínica pediátrica, 72% para a reabilitação; 0,43% para pneumologia sanitária (tisiologia) 15,31% para psiquiatria;</p>	Portaria n.º 1101/GM Em 12 de junho de 2002 ²⁸ .	Mede a cobertura da rede Hospitalar. Maior cobertura maior oferta de serviços e facilidade de acesso	CNES IBGE	2012

Quadro 2: Matriz de indicadores da Rede de Atenção às Urgências (RAU) (continuação)

Componente	Indicador	Parâmetro e Método de Cálculo	Documento de Referência do Parâmetro	Interpretação	Fontes	Anos de Análises
Organização da RAU Rede Hospitalar e Pós-hospitalar	Psiquiatria, Fator de Reajuste.	2,73% para psiquiatria hospital-dia e 5,83% como Fator de Ajuste. O Fator de Ajuste é uma variável que poderá ser utilizada em uma especialidade, dividida em algumas ou em todas, dependendo de fatores locais.				
	Número de internações esperadas por especialidades médicas: Cirurgia, Clínica Geral, Cuidados Prolongados, Obstetrícia, Pediatria, Reabilitação, Pneumologia Sanitária, Psiquiatria Hospitalar e Leitos Dia e Fator de Reajuste.	Cirurgia (Pop. x 0,08) x 20% Clínica Geral (Pop. x 0,08) x 33% Cuidados Prolongados (crônicos) (Pop. x 0,08) x 0,80% Obstetrícia (Pop.x 0,08) x 20,25% Pediatria (Pop. x 0,08) x 15% Psiquiatria (Pop. x 0,08) x 3,50% Psiquiatria - Hospital Dia (Pop. x 0,08) x 0,50% Reabilitação (Pop.x 0,08) x 1,08% Pneumologia Sanitária (Pop.x 0,08) x 0,13% Fator de Ajuste * (pop.x 0,08) x 6,24%	Portaria n.º 1101/GM Em 12 de junho de 2002 ²⁸	Mede a cobertura da rede Hospitalar. Maior cobertura, > oferta de serviços e facilidade de acesso e efetividade	CNES IBGE	2010
Organização da RAU Atenção Domiciliar	Atenção domiciliar (região metropolitana)	01 Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD) para 100.000 hab. ou para população > 40 mil hab. e < 100 mil hab (IBGE)	Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 ³⁵ .	Mede a cobertura da atenção domiciliar	CNES IBGE	2012

Metropolitano do Recife, no período de 1978 a 2010 e o relatório de casuísticas de atendimentos realizados pelas bases isoladas deste SAMU em 2010.

Para a sistematização e análise dos dados das entrevistas tomou-se como referência a Condensação de Significados.²⁹ Nesse tipo de análise são construídas formulações a partir das declarações dos entrevistados sobre o tema abordado.²⁹ As passagens da entrevista que se relacionam a uma questão específica do estudo são cotadas e condensadas por unidade de análise proposta. Todas as entrevistas foram transcritas tal como foram gravadas. Esta técnica²⁹ foi também utilizada para análise dos documentos.

Os dados da observação sistemática e dos registros dos bancos de dados oficiais foram digitados em banco de dados específico, criado em programa estatístico de domínio público EpI-Info 3 para Windows, para cálculo da frequência média, a razão e a proporção dos dados quantitativos.

Desta forma, o banco de dados definitivo, obtido de múltiplas fontes (triangulação de dados), permitiu avaliar a RAU sob a ótica do SAMU Metropolitano do Recife em relação às unidades de análise propostas no modelo teórico, buscando obter uma convergência de evidências. A triangulação de métodos e fontes acrescenta mais rigor, amplitude e profundidade a investigação.²¹

Este trabalho é resultante de tese de doutorado, a qual foi submetida ao Comitê de Ética em pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) com o número 2143-11 aprovada em 04 de fevereiro de 2011.

Resultados

O perfil dos profissionais entrevistados mostra que 53% era do sexo masculino, 65% graduados há menos de 12 anos e um pouco mais da metade atuava no SAMU há menos de 2 anos, destes, 26% tinha menos de 6 meses; 77% tinha vínculo empregatício temporários por meio de contratos com as prefeituras, sem seleção pública e apenas 18% eram estatutários; apenas 9% dos entrevistados possuíam especialização ou residência na área de urgência, sendo estes enfermeiros.

Identificou-se fragilidade no processo de formação, recertificação das equipes móveis e educação permanente na área e urgência e a falta de implanta-

ção do Núcleo de Educação em Urgência (NEU) e Processo de Educação Permanente.

Componente: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde

Os entrevistados afirmaram que existem estratégias de promoção e prevenção à saúde, mas, que não funcionam como deveriam funcionar, pois o SAMU recebe muito chamado para as pequenas intercorrências clínicas e casos de alcoolismo e psiquiátricos. Fato que pode ser representado pela seguinte fala:

“[...] as estratégias existem, mas elas não estão tendo uma penetração suficiente na comunidade. Existe a estratégia de combater as mazelas da sociedade em saúde. Mas eu acho que elas não têm a penetração que precisam ter. Falta melhorar educação da população, saneamento básico para se ter uma penetração maior nos bolsões da pobreza” - MM10.

Em relação à Vigilância, a observação direta revelou que cinco municípios não realizavam rotineiramente a coleta das fichas de atendimentos (ocorrências), análise destes dados para a elaboração e divulgação de relatório mensal de casuísticas de atendimentos realizados, cujo resultado deveria ser encaminhado ao coordenador do SAMU Metropolitano do Recife.

Para completar o banco de dados de atendimentos deste SAMU em 2010 fez-se a busca ativa das fichas de atendimento nos 05 municípios que não disponham dos dados. Identificou-se no SAMU metropolitano do Recife o registro de 46.718 atendimentos, sendo 40,1% por causas clínicas e 37,3% por causas externas. Importante destacar que houve 12,6% de “troles” e cancelamentos (Quadro 3).

O Gráfico 1 exibe a mortalidade por grupo de causas no período 1978 a 2010 na população residente da região de saúde desse SAMU, com ascensão da mortalidade por doenças do aparelho circulatório; causas externas e neoplasias e, declínio da mortalidade por sintomas e afecções mal definidas; doenças infecciosas e parasitárias; e algumas afecções originadas no período perinatal, enquanto que o Gráfico 2 mostra a mortalidade por faixa etária com declínio da mortalidade na faixa de 0 – 1 ano de idade e 05 a < 12 anos.

Quadro 3: Distribuição de Casuísticas dos atendimentos realizados pelo SAMU Metropolitano do Recife, janeiro a dezembro de 2010

Municípios	Tótes												Total				
	Causas						Remoções							Óbitos		Obstétricos	
	Clínicas		Externas		Cancelados		Nº		%		Nº			%		Nº	
Recife	9157	40,23	8070	35,46	3190	14,02	1711	7,52	421	1,85	211	0,93	22760				
Olinda	1208	62,40	728	37,60	0	-	0	-	0	-	0	-	1936				
Paulista	626	18,54	2063	61,11	305	9,03	150	4,44	79	2,34	153	4,53	3376				
Abreu e Lima	485	45,75	287	27,08	144	13,58	95	8,96	21	1,98	28	2,64	1060				
Igarassu	638	49,46	380	29,46	168	13,02	60	4,65	18	1,40	26	2,02	1290				
Itapissuma	171	43,73	160	40,92	0	-	39	9,97	6	1,53	15	3,84	391				
Ilha de Itamaracá	148	41,46	101	28,29	6	1,68	87	24,37	4	1,12	11	3,08	357				
Goiana	684	48,51	701	49,72	25	1,77	0	-	0	-	0	-	1410				
Condado	70	38,67	80	44,20	1	0,55	28	15,47	0	-	2	1,10	181				
Jaboatão dos Guararapes	2174	37,91	1709	29,80	1370	23,89	195	3,40	145	2,53	141	2,46	5734				
Cabo de Sto. Agostinho	944	39,02	863	35,68	225	9,30	301	12,44	21	0,87	65	2,69	2419				
Ipojuca	302	28,28	366	34,27	165	15,45	196	18,35	9	0,84	30	2,81	1068				
Moreno	445	61,81	275	38,19	0	-	0	-	0	-	0	-	720				
Vitória Sto. Antão	877	41,31	630	29,67	303	14,27	250	11,78	39	1,84	24	1,13	2123				
Camaragibe	439	59,16	303	40,84	0	-	0	-	0	-	0	-	742				
S Lourenço da Mata	390	33,88	751	65,25	0	-	0	-	0	-	0	-	1151				
Total	18758	40,15	17467	37,39	5902	12,63	3112	6,66	773	1,65	706	1,51	46718				

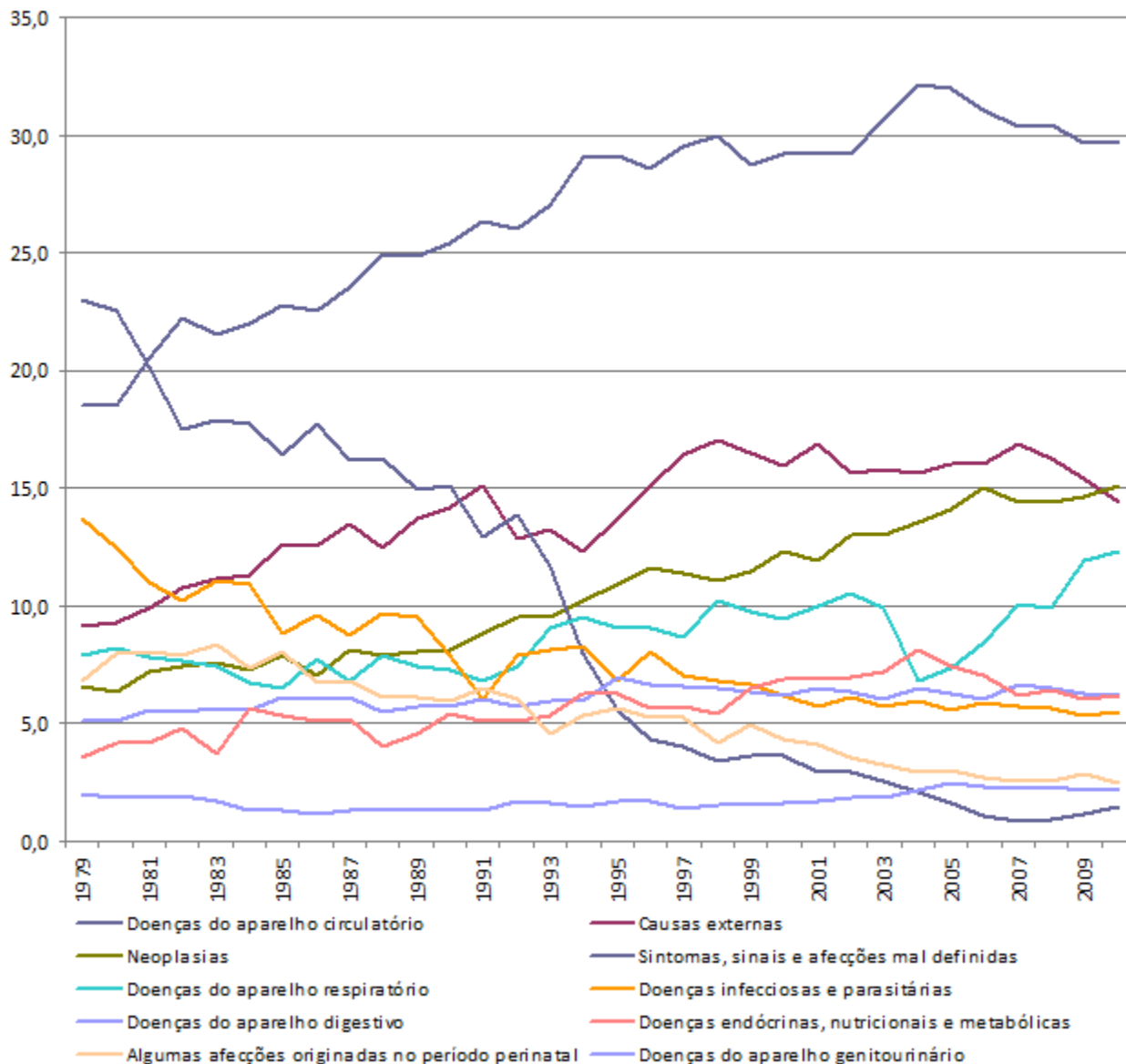


Gráfico 1: Série Histórica de Causas de Óbitos por Grupo de Causas na Macrorregião do SAMU Metropolitano do Recife, no Período de 1978 a 2010
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade

Componente Organização da Rede de Atenção às Urgências

Identificaram-se problemas estruturais na organização da RAU em relação a:

- APS (ESF): baixa resolutividade e déficit de cobertura populacional. Conforme os entrevistados:

“[...] Se a atenção básica fosse eficiente e eficaz, com certeza, diminuiriam em 70% as ocor-

rências em relação aos casos clínicos banais. Pois, muitas vezes, durante a semana em horário de funcionamento da atenção básica, o SAMU vai acolher essas urgências clínicas em local próximo ao ambulatório de Unidade de Atenção Básica (UBS). [...]” MM10.

“[...] SAMU atende muitos casos de pessoas alcoolizadas, psiquiátricas e pequenas urgências clínicas que deveriam ser resolvidas na atenção básica [...]” EM2.

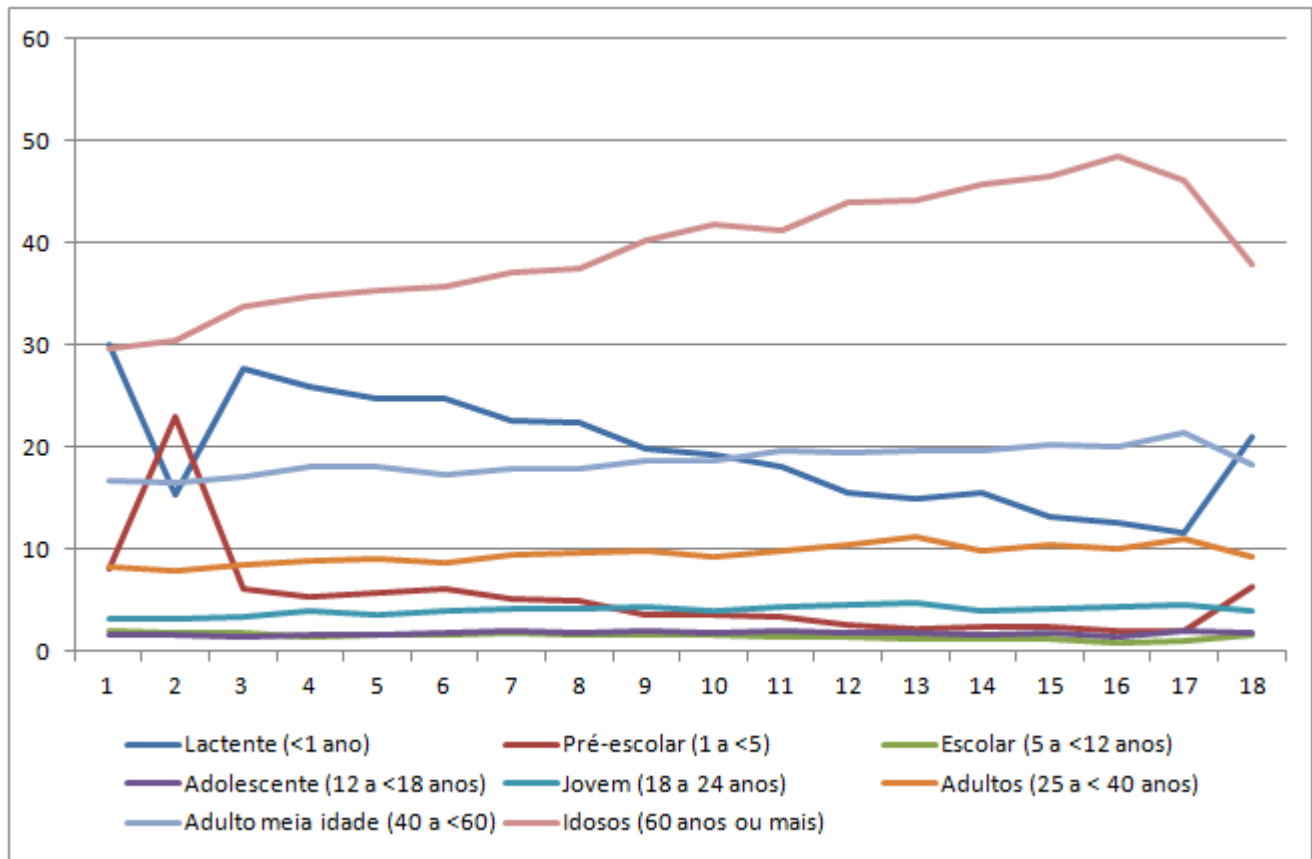


Gráfico 2: Série Histórica de Óbitos por Grupo Etário na Macrorregião do SAMU Metropolitano do Recife, no Período de 1978 a 2010. Fonte: SIM

Houve confronto das falas supracitadas com os indicadores de Proporção de Internações Sensíveis à Atenção Básica do Índice de Desempenho do SUS em relação aos municípios que compõem esse SAMU. Assim, percebeu-se que 9,57% das internações realizadas pelo SUS eram sensíveis à atenção básica. A Cobertura Populacional Estimada pelas Equipes Básicas de Saúde do Índice de Desempenho do SUS nos municípios que compõem essa região de saúde foi de 50% enquanto que o quantitativo de PSF/ESF segundo o CNES variou entre 39% a 64%.

- Serviços Não Hospitalares de atendimento às Urgências de acordo com os entrevistados, o conjunto de serviços de urgências com funcionamento 24 horas na macrorregião do Recife tem déficit de cobertura e inadequação quanto ao tipo do serviço. No CNES encontrou-se o registro de 13 UPAs, 11 Policlínicas e 03 SPAs. Estas unidades são insuficientes tanto em quantitativo quanto em tipo de UPA_s, de acordo com legislação vigente.^{31, 32}
- SAMU e CRMU 192/Recife: Para os entrevistados

a frota de ambulâncias é velha e sucateada; existe déficit de ambulâncias de Unidade de Suporte Básico de Vida (UBS) e Unidade de Suporte Avançado (USA); déficit de recursos humanos, comunicação deficiente entre a CRMU 192/Recife e os demais pontos da rede, superposição das atividades dos bombeiros e do SAMU.

“[...] essa base SAMU rodou muito tempo com uma USA desqualificada, embora para a Central de Regulação estivesse como UTI qualificada. Algumas não têm nem cinto de segurança [...] – MM2.

“[...] Não existe pessoal suficiente, existem plantões que não tem médico na USA” – TEM2, TEM5, EM14.

“[...] a comunicação com a central /192 é extremamente deficiente porque se utiliza o celular que não funciona em todo lugar” [...] JMM11

“[...] muitas vezes nos deslocamos para atender uma ocorrência e quando se chega ao local o bombeiro removeu a vítima.” MM3.

- Rede hospitalar: Para os entrevistados existe déficit de leitos hospitalares nessa região de saúde.

[...] “os grandes hospitais públicos não dispõem de leitos para atender a demanda; então utilizam as macas das viaturas do SAMU como leitos hospitalares.” EM8. [...]

[...] “É complicado o tratamento de pacientes crônicos e que necessitam de cuidados paliativos porque a gente não tem muita opção para eles...” – MM5..

Houve confronto das falas supracitadas com os resultados do cálculo da CR em relação à CI de leitos e internações hospitalares SUS para essa região de saúde, bem como, para a taxa de leitos. A CR de leitos hospitalares SUS é 8.853 leitos enquanto a CI é 11.942 leitos, logo, existe um déficit de 3.089 leitos hospitalares na região de saúde desse SAMU.

Identificou-se uma prevalência de leitos hospitalares no SUS de 31% para os casos da clínica cirúrgica, seguida de 27.6% para a clínica geral, 15.5% para a clínica psiquiátrica, 11.7% para a pediatria, 9.8% para a obstetrícia, 4% para os cuidados prolongados, 0,2% para reabilitação e pneumologia sanitária.

A taxa de leitos hospitalares para essa região de saúde é de 3.1 leitos/1000 habitantes com grandes variações entre os municipais (5.1 leitos/1000 habitantes em Recife a 0.6 leitos/1000 habitantes em Abreu e Lima).

No período de janeiro a dezembro de 2010 houve 293.946 internações no SUS na região de saúde desse SAMU, segundo dados do SIH, com prevalência dessas internações na clínica cirúrgica 37%, seguida clínica geral 26%, clínica obstétrica 20.4 %, clínica pediátrica 14.2%, clínica psiquiátrica 1.6%, cuidados prolongados 0.5%, reabilitação, pneumologia sanitária 0,3%.

Atenção Domiciliar: A CR em relação CI destes serviços foi de 37% no município de Recife; 50% no município do Cabo de Santo Agostinho e ausência deste serviço nos municípios de Olinda, Paulista, Abreu e Lima, Igarassu, Goiana, Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca, Moreno, Vitória de Santo Antão, Camaragibe e São Lourenço da Mata.

Durante o período de observação direta, percebeu-se que o déficit de cobertura de alguns pontos de atenção à saúde dessa rede, relatada nas falas dos atores entrevistados, convergia com a realidade da atenção às urgências nessa região.

Componente Governança da Rede

Durante a observação direta no acompanhamento das equipes móveis do SAMU e como participante, na qualidade ouvinte, das cinco reuniões mensais do Comitê Regional de Gestores do Sistema de Atenção às Urgências do SAMU Metropolitano do Recife, no período de abril a agosto de 2010, percebeu-se que: a) as reuniões ocorriam com os coordenadores das dezesseis bases isoladas desse SAMU sem a presença de representantes da SES/PE; b) Todas as reuniões foram dirigidas pelo coordenador do SAMU Metropolitano do Recife, nomeado pelo Secretário Municipal de Saúde do município do Recife. c) As pautas destas reuniões estavam focadas em assuntos pontuais sobre déficit de ambulâncias, problemas da Central de Regulação Médica de Urgência/Recife com hospitais municipais, macas do SAMU aprendidas na RAU, déficit de ambulâncias e de recursos humanos.

É importante registrar que a primeira central de regulação médica de urgência 192 no Estado de Pernambuco foi implantada no SAMU Recife com profissionais e sob coordenação geral desse município. Quando esta central agregou 15 bases isoladas e transformou-se em SAMU metropolitano do Recife, manteve-se a mesma estrutura administrativa e gerencial.

Discussão

Observou-se que o perfil dos profissionais que atuam no SAMU Metropolitano do Recife é bastante heterogêneo, resultado que se assemelha a outro estudo³⁴. Verificou-se precarização dos vínculos empregatícios e ausência do Núcleo de Educação em Urgência para formação e processo de educação permanente nesta área. Existe uma lacuna na qualificação dos profissionais que atuam no SAMU³⁵.

Os indicadores indiretos (Gráfico 1 e 2) utilizados nesse estudo mostram ao longo dos anos estratégias de promoção e prevenção foram implantadas e tiveram penetração nos bolsões da pobreza. Para alguns autores, o sucesso na redução por doenças infecciosas e da mortalidade infantil no Brasil é atribuído às políticas públicas eficientes e esforços dos diferentes governos e da sociedade³⁶

A Percepção dos entrevistados sobre a baixa penetração das estratégias de promoção e prevenção na comunidade pode ser explicada pela falta de infor-

mações consolidadas sobre o perfil e o resultado dos atendimentos realizados pelo SAMU,³⁵ pela utilização de bancos de dados oficiais distintos que fragmenta a informação e dificulta a sua utilização pela gestão;³⁷ pela pouca inserção da vigilância e promoção à saúde no cotidiano dos serviços de atenção à saúde.²⁴ Por isso, que alguns profissionais que atuam nesse SAMU não conseguem visualizar mudanças no perfil epidemiológico e demográfico nessa região de saúde.

A produção de informação que o SAMU prevê nos documentos ainda não é coletada de forma adequada e utilizada para o planejamento.³⁸ Estas informações são imprescindíveis para análise da situação dos serviços de atendimento às urgências, para o diagnóstico de necessidades sociais em saúde os quais que deverão dar subsídio a organização RAU regional desse SAMU com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna¹⁸.

Os resultados convergem para uma falta de resolutividade e uma baixa cobertura populacional da Atenção Primária em Saúde/Atenção Básica em Saúde nessa região de saúde. Da mesma forma como ocorreu em Recife, uma baixa cobertura de PSF foi encontrado na região de saúde do SAMU Metropolitano do Rio de Janeiro³⁸.

Esse cenário se agrava pela baixa proporção de leitos hospitalares SUS (35,6%) para as especialidades de clínica geral, cuidados prolongados e reabilitação; por variações importantes de taxas de leitos entre os municípios, pela alta prevalência de internações no SUS em clínica cirúrgica e obstétrica (57,4%), além do déficit de serviços de atenção domiciliar.

A ascensão das doenças não transmissíveis, com tendência à cronificação nessa região de saúde é um problema para esta rede. Isto se explica, principalmente, por três fatores: primeiro, pela dificuldade do acesso à atenção básica, hospitalar e domiciliar; segundo, porque estes pacientes, desassistidos e sem vínculo com algum equipamento de saúde, irão buscar atendimento nos serviços com funcionamento 24 horas, superlotando estes serviços e, finalmente, o terceiro fator, relaciona-se aos problemas de saúde dessas pessoas que não serão resolvidos no âmbito das urgências.

Outro problema dessa rede é a falta de comunicação ininterrupta do CRMU 192/Recife frente aos demais componentes da rede nessa região, que

fragiliza as funções e atribuições do médico regulador, como preconiza a legislação vigente¹⁶.

Percebeu-se, ainda, que alguns profissionais de saúde das equipes móveis do SAMU Metropolitano do Recife têm uma cultura de que o SAMU deve acolher apenas às emergências traumáticas, mesmo com ascensão das doenças crônicas. Este processo pode ser explicado pela falta de implantação do NEU para realização de cursos de formação e processos de educação permanente, no âmbito das urgências para todos os profissionais desta rede e pelas informações consolidadas sobre o perfil e o resultado dos atendimentos do SAMU³⁵.

Identificou-se uma falta de governança dessa RAU pelo gestor estadual, no sentido de gerenciar e promover a integração dos pontos de atenção à saúde dessa rede, seja pela falta de coordenação, ou pela ausência nas reuniões do Comitê Regional de Gestores do Sistema de Atenção às Urgências. Esse fato pode ter ocorrido devido a alguns fatores, como por exemplo, gestão administrativa e financeira da CRMU/192 estar vinculada ao município de Recife; a coordenação geral ser um cargo de confiança deste município; a baixa participação das equipes multi e interprofissionais nas reuniões mensais desse comitê; a falta de monitoramento dos indicadores de produção do SAMU e a fragilidade no monitoramento de contrato/convênio ou congêneres estabelecido entre os pontos de saúde dessa rede e o gestor estadual para enfrentamento e correção dos problemas.

É importante destacar que a gestão estadual desempenha um papel essencial de agente propulsor, organizador, mediador, catalizador e modulador responsável pela condução e coordenação direta das ações junto aos municípios que compõem a região³⁹.

Para alguns autores⁴⁰, a governança da rede deve ser discutida sob a ótica de estruturação representativa tripartite, atribuindo-se aos Comitês Gestores de Urgência um papel de câmara técnica, seja das Comissões Intergestoras Bipartites macrorregionais ou estaduais, com o acompanhamento de estruturas federais. Esses autores,⁴⁰ também ressaltam que além dos Comitês Gestores Regionais/Estaduais de Atenção às Urgências, deve-se reativar o Comitê Gestor Nacional das Urgências e Emergências, bem como, elaborar arcabouço jurídico que proporcione retaguarda à regionalização, autorizando, assim, a estruturação e financiamento regional com repasse direto dos fundos nacionais e estaduais para estas estruturas regionalizadas.

Os resultados desse estudo apontam para uma falta de assentimento entre as necessidades de saúde e das urgências dessa região do SAMU metropolitano do Recife e o tipo de organização da rede. De um lado, os Gráficos 1 e 2 mostram um aumento da mortalidade por condições crônicas de saúde “aquelas com cursos mais ou menos longo ou permanente”³, de outro lado, os pontos de saúde estão estruturados para acolher as condições agudas “aquelas com curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar”³. A situação é agravada por um falta de governança do gestor estadual tanto para articular e integrar todos os equipamentos de saúde (para ampliação do acesso e o atendimento integral) como para planejar, executar e divulgar estratégias de promoção, prevenção e vigilância para o enfrentamento das condições agudas e crônicas agudizadas.

O presente estudo teve como limitações a falta de estruturação das casuísticas de atendimentos das bases isoladas do SAMU Metropolitano do Recife e a dificuldade de acesso aos Relatórios de Promoção à Saúde e de Educação Permanente dessa região de saúde, mas que foram superadas pela escolha do método do estudo e pela análise por meio de triangulação de fonte. A validade do constructo na realização desse estudo de caso se deu pelo uso de fontes múltiplas de evidência, de maneira que estabeleceu linhas convergentes de investigação, gerando uma cadeia de evidências²¹.

Conclusão

Visualizou-se fragilidade no sistema de informação do SAMU e a necessidade de se utilizar diversos sistemas de informação oficiais para o planejamento, monitoramento e avaliação de estratégias de promoção e prevenção e organização da rede regional de atenção às urgências.

Os principais problemas encontrados na organização dessa rede foram déficit de cobertura populacional de APS/UBS; de serviços não hospitalares e funcionamento 24 horas; de ambulâncias tripuladas com equipes móveis de suporte avançado de vida; leitos hospitalares e serviços de atenção domiciliar; frota desse SAMU velha e sucateada; distribuição inadequada dos serviços na rede; falta de resolutividade de alguns pontos de atenção a saúde; comunicação deficiente entre a central 192 e os demais pontos,

sobretudo em relação às bases isoladas do SAMU, falta de integração dos serviços da rede e inadequação de governança da rede pelo gestor estadual.

O resultado disto é que os serviços com funcionamento 24 horas, principalmente os prontos socorros, que vivem lotados, “com um número de atendimento que podem dar a impressão de que a população está sendo atendida em suas necessidades, mas, que de fato, não está. O tratamento realizado, na maioria das vezes, é paliativo, do tipo queixa-conduta ou para cada sintoma, um medicamento, de modo que a doença-base não é enfrentada, embora um percentual dos atendimentos feitos em nível dos serviços de urgência é perfeitamente adequado para a pessoa naquele momento”⁴¹.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008 – Cuidados de Saúde Primários - Agora Mais Que Nunca [online]. Brasília; 2008 [cited 09 jul. 2009]. Available from: http://www.acs.minsaude.pt/files/2009/06/rms08_agoramais_quenunca.pdf [acesso em 23/03/2011].
2. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde, Organização Mundial de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde; 2011.
3. Cooke M, Fisher J, Dale J, McLeod E, Szczypura A, Waley P, et al. Reducing attendances and waits in emergency departments. A systematic review of present innovations [online]. Londres: A Report to the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2004. [cited 2010 jan 18], Available from: <http://www.sdo.lshtm.ac.uk/files/project/29-final-report.pdf>.
4. Guo B, Harstall C. Strategies to reduce emergency department overcrowding. HTAReport. [online], Alberta: Alberta Heritage Foundation for Medical Research; 2006. [cited 2010 jan. 24]. Available from: http://www.ihe.ca/documents/hta/HTA_Report_38.pdf.
5. Institute of Medicine (EUA). Emergency medical services: at the crossroads. [online], Washington, DC: National Academy Press; 2006. (FUTURE of Emergency care). [cited 2010 jan. 18], Available from: <http://nap.edu/catalog/11629.html>.
6. Rowe BH. Emergency department overcrowding in Canada: what can be done? [online]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and technologies in Health; 2006. [cited 2011 jan 5], Available from: http://www.cadth.ca/media/pdf/_overcrowding_to_e.pdf.
7. Giglio JA. Urgência e Emergência em saúde: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
8. Scarpelini S. A organização do atendimento às urgências e trauma. Medicina (Ribeirão Preto) [serial online] 2007 jul./set. [cited 2011 jan. 5]; 40(3):315-320. Available from: http://www.fmrp.usp.br/revista/2007/vol40n3/1_a_organizaca_atendimento_urgencias_e_trauma.pdf.
9. Australasian College for Emergency Medicine. Access block and overcrowding in emergency departments [online]. Melbourne; 2004. [cited 2009 jul. 09], Available from: http://www.acem.org.au/media/Access_Block1.pdf.

10. Canadian Association of Emergency Physicians. National Emergency Nurses Affiliation. Position statement - emergency department overcrowding, 2000. [online], Ottawa; 2000. [cited 2010 jan. 19], Available from: <http://www.caep.ca/template.asp?id=1d7c8feb2a7c4a939e4c2fe16d654e39>.
11. Canadian Association of Emergency Physicians. Position Statement on Emergency Department Overcrowding [online]. Ottawa; 2007. [acesso em 19 jan. 2010], Available from: <http://www.caep.ca/template.asp?id=37C951DE051A45979A9BDD0C5715C9FE>.
12. Ospina MB, Bond K, Schull M, Innes G, Blitz S, Rowe BH. Key indicators of overcrowding in Canadian emergency departments: a Delphi study. *Can J Emerg Med.* 2007; 9: 339-46.
13. Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de Emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência; as Políticas nacionais de atenção e de humanização. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2003; 36:498-515.
14. Committee on the Future of Emergency Care in the United States Health System. Hospital-based emergency care: at the breaking point. Washington DC: National Academies Press; 2007.
15. Bettencourt JR, Hortale VA. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública [serial online]* 2009 jul [cited 2011 jan. 16]; 25(7):1439-1454. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/02.pdf>.
16. Brasil. Portaria nº 2048/02 em 05 de novembro de 2002 que aprova Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*; 2002 nov. 12.
17. Brasil. Portaria nº 1.863 de 29 de setembro de 2003: Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*; 2003 out. 06.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2011 jul 08.
19. Brasil. Portaria nº 1.864 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. *Diário Oficial da União*; 2003 out. 06.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância e Saúde. Departamento de Análises de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS)...* Brasília; 2009. (Serie G. Estatística e informação em Saúde).
21. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2005.
22. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). *IBGE Cidades@2003, 2008 e 2009* [online]. Rio de Janeiro; 2009. [cited 2010 jan. 25] Available from: <http://www.ibge.com.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. CNESnet - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. DATASUS [online]. Brasília; 2000 [cited 2012 dez. 31]. Available from: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=26.
24. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2010 dez. 31.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde/SUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Indicadores por Municípios [online]. Brasília; 2011. [cited 2012 jun. 22]; 6736(11):60318-8. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde/SUS: Sistema de Informação de Mortalidade [online]. Brasília; 2012 [cited 2010 mar. 22]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/obt10pe.def>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde/SUS: Sistema de Informação de Morbidade [online]. Brasília; 2010 [cited 2010 mar.22]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/sxpe.def>.
28. Brasil. Portaria N.º 1101/GM em 12 de junho de 2002: Estabelece na forma do anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS (ementa elaborada pela CDI/MS). *Diário Oficial da União*; 2002 jun. 13.
29. Kvale, S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage; 1996.
30. Brasil. Portaria N.º 648/GM de 28 de Março de 2006: aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*; 2006 mar. 29.
31. Brasil. Portaria nº 2.648 de 7 de novembro de 2011 (Revoga a Portaria MS/GM nº 1.601, de 7 de julho de 2011): 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 da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*; 7 nov. 2011.
32. Brasil. Portaria MS/GM nº 2.821, de 28 de novembro de 2011: Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*; 2011 nov. 29.
33. Brasil. Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011: Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2011 out. 28.
34. Almeida AC. Avaliação da Implantação e do Desenvolvimento do Sistema Público Municipal de Atendimento Pré-hospitalar móvel da cidade do Recife. [Dissertação], Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2007.
35. Machado CV, Salvador FG, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev. Saúde Pública [serial online]* 2011[cited 2014 abr. 28]; 45(3):519-528. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000300010&script=sci_arttext.
36. Barreto ML, Teixeira MG, Bastos FI, Ximenes RA, Barata RB, Rodrigues LC. Successes and failures in the control of infectious diseases in Brazil: social and environmental context, policies, interventions, and research needs. *The Lancet [serial online]* 2011 may 28 [cited 2012 jun. 22]; 377(9780):1877-89. Available from: <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/pdf/brazilpor3.pdf>

37. Tavares MFL, Zancan L, Carvalho AI, Rocha MR. Articulação intersetorial na gestão para a promoção a saúde. *Qualificação de Gestores no SUS* [online]. São Paulo; Enesp; [s.d.]. [cited 2014 mar 03]. Available from: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_191194258.pdf.
38. O'Dwyer G, Mattos RA. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do estado do Rio de Janeiro. *Saúde e Sociedade* [serial online] 2013 [cited 2014 abr. 28]; 22(1):199-210. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100018
39. Pestana M, Mendes EV. Pacto de Gestão: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 2004.
40. Dellagiustina CL, Nitschke CAS. Reflexões sobre a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências e Emergências [online]. Rio de Janeiro: Portal CONASEMS; 2011. [cited 2013 ago. 09]. Available from: <http://portal.conasems.org.br/index.php/comunicacao/noticias-principais/1337-reflexoes-sobre-a-politica-nacional-de-atencao-integral-as-urgencias-e-emergencias>.
41. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad. Saude Públ.*, [serial online] 2007 [cited 2014 abr. 13(3):469-478. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000300022&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000300022>.