



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

ANA CAROLINA PETRYSZYN ASSIS

**A GOVERNANÇA DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR  
MÓVEL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E  
EMERGÊNCIAS (RUE) EM UMA REGIÃO DE SAÚDE NO  
ESTADO DO PARANÁ**

---

Londrina  
2018

ANA CAROLINA PETRYSZYN ASSIS

**A GOVERNANÇA DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR  
MÓVEL DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E  
EMERGÊNCIAS (RUE) EM UMA REGIÃO DE SAÚDE NO  
ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho

Londrina  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Assis, Ana Carolina Petryszyn.

A Governança do Componente Pré-Hospitalar Móvel da Rede de Atenção Às Urgências e Emergências (RUE) em uma Região de Saúde no Estado do Paraná / Ana Carolina Petryszyn Assis. - Londrina, 2018.  
136 f.

Orientador: Brígida Gimenez Carvalho .

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2018.

Inclui bibliografia.

1. Governança - Tese. 2. SAMU - Tese. 3. Regulação e Fiscalização em Saúde - Tese. 4. Serviços Médicos de Urgência - Tese. I. Carvalho , Brígida Gimenez . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

ANA CAROLINA PETRYSZYN ASSIS

**A GOVERNANÇA DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DA  
REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS (RUE) EM  
UMA REGIÃO DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Brígida Gimenez Carvalho  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Elisabete de Fátima P. de A. Nunes  
Universidade Estadual de Londrina - UEL

---

Profa. Dra. Angela Maria Blatt Ortiga  
Universidade do Estado de Santa Catarina -  
UDESC

Londrina, 20 de dezembro de 2018.

Dedico este trabalho a Deus, por dar-me forças  
nos momentos mais difíceis.

## **AGRADECIMENTOS**

Inicialmente agradeço aos meus pais, Anisia e Edson, por sempre incentivarem a prioridade no ensino, meu e de minha irmã. Pelo amor e carinho durante toda minha vida e pelo apoio em momentos difíceis. Amo vocês!

Á minha irmã, Ana Claudia, pelo suporte durante esse processo, pela parceria da vida em momentos felizes e árduos.

Á minha querida orientadora, Brígida, que foi muito mais que uma orientadora, pela paciência, pelo conhecimento passado e pelas trocas nas supervisões. Também, agradeço pelo carinho durante esse processo comigo. Muito obrigada pelo exemplo de educadora e por todo seu profissionalismo.

Á todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pelos ensinamentos durante esses dois anos.

Aos meus colegas de pós-graduação por tornar esse processo mais leve e divertido.

Aos meus amigos, em especial Amanda Mattos, por compartilharem comigo minhas alegrias e angústias.

ASSIS, Ana Carolina Petryszyn. **A Governança do Componente Pré-hospitalar Móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em uma Região de Saúde**. 2018. 136 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2018.

## RESUMO

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU -192) é o componente móvel pré-hospitalar da urgência, da Política Nacional de Atenção às Urgências e o ordenador da Rede de Urgência e Emergência (RUE), por meio da sua Central de Regulação (CR) das Urgências. Funciona como um observatório privilegiado da rede que possibilita a articulação e integração com os diversos serviços de saúde. Esta pesquisa tem a CR componente do SAMU-192 como objeto de estudo e objetiva avaliar a governança do componente pré-hospitalar móvel da RUE. Trata-se de um estudo avaliativo, realizado por meio de análise documental (de manuais, portarias ministeriais, deliberações estaduais) para descrever a organização na RUE na região estudada e de entrevistas (com sete informantes chave) e observação estruturada, para avaliar a governança do SAMU. A observação utilizou como instrumento uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) já validada em outro estudo e contempla a avaliação da dimensão Gestão da Urgência do SAMU nas subdimensões: Articulação, Financiamento, Regulação e Infraestrutura, por meio de 12 indicadores e 12 parâmetros. Na análise dos resultados, constatou-se que a normatização do SAMU atende ao que está estabelecido na Portaria nº GM/MS 2048/2002, no entanto, sua operacionalização nem sempre ocorre conforme o estabelecido, apresentando dificuldades. Na avaliação da MAJ, a gestão da urgência obteve um desempenho regular, com os respectivos resultados das subdimensões: articulação (ruim); financiamento (bom); regulação (regular); infraestrutura (regular). A análise por meio da triangulação dos resultados permitiu identificar fragilidades e potencialidades do sistema de governança deste serviço. Dentre as fragilidades destacam-se: a inefetividade dos comitês gestores locais e regionais o que dificulta a articulação dos componentes da RUE; ausência de sistema informatizado para localização de leitos disponíveis e veículos de transporte e também de ferramentas de regulações essenciais para exercício da função dos médicos reguladores, entre elas as grades de pactuações de referências e contrarreferências hospitalares que são desatualizadas e fragmentadas; ordenação interinstitucional inexistente entre os serviços de urgência como a Polícia Militar e o Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE). Destaca-se ainda o déficit de profissionais, especialmente médicos, gerando gastos com pagamento de hora extraordinária, que onera o custo operacional do SAMU. Como potencialidades apontam-se o vínculo empregatício por meio de regime jurídico único, com baixa rotatividade dos profissionais reguladores e autonomia, com designação de Autoridade Sanitária Local ao médico regulador. O financiamento do SAMU, apesar de ter sido avaliado como bom nos parâmetros definidos pela MAJ, apenas indica que houve recebimento de repasses dos demais entes federados, de acordo com o estabelecido em portarias. Destaca-se, na análise deste indicador, a ausência de repasse de muitos municípios da região e a insuficiência dos valores recebidos para manutenção do serviço, tendo o município sede que arcar com cerca de 50% dos valores necessários. Desta forma recomenda-se que o componente financiamento

seja melhor elucidado e aprofundado em estudos futuros. Portanto na prática o sistema de governança do SAMU é fragilizado por fatores apontados no estudo, o que dificulta o cumprimento da função de ordenar adequadamente a RUE.

**Palavras-chaves:** Governança. SAMU. Regulação e Fiscalização em Saúde. Serviços Médicos de Urgência.

ASSIS, Ana Carolina Petryszyn. **The Governance of the Mobile Prehospital Component in the Network of Attention to Urgencies and Emergencies (RUE) in a Healthcare Region.** 2018. 136 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2018.

## ABSTRACT

The Urgency Mobile Care Service (SAMU - 192) is the prehospital mobile component of urgency, from the National Policy for Emergency Care and the organizer of the Urgencies and Emergency Network (RUE), through its Central of Regulation (CR) of the Urgencies. It functions as a privileged observatory of the network that enables articulation and integration with all the health services. This research has the CR component of the SAMU-192 as object of study and aims to assess the governance of the prehospital mobile component. This is an evaluative study, carried out through documental analysis (manuals, ministerial orders, state deliberations) was carried out to analyze the organization in the RUE in the region studied, and interviews (with seven key informants) and structured observation to assess the governance of SAMU. The observation used as an instrument a Matrix of Analysis and Judgment (MAJ) already validated in another study and contemplates the evaluation of the dimension of Management of Urgency of the SAMU in the subdimensions: Articulation, Financing, Regulation and Infrastructure by means of 12 indicators and 12 parameters. In the analysis of the results, it was verified that the standardization of SAMU complies with what is established in Administrative Rule nº GM/MS 2048/2002, however, its operationalization does not always occur as established, presenting difficulties. In the analysis of the results of the MAJ the management of the urgency obtained a regular performance, with the respective results of the subdimensions: articulation (bad); financing (good); regulation (regular); infrastructure (regular). The analysis through the triangulation of the results allowed to identify weaknesses and potentialities of the system of governance of this service. Among the weaknesses are: the ineffectiveness of local and regional management committees, which makes it difficult to articulate the components of the RUE; absence of a computerized system for locating available hospital beds and transport vehicles, as well as regulation tools that are essential for the exercise of the role of regulatory physicians, among which are the grades of reference agreements and hospital counterreferences that are outdated and fragmented; interinstitutional ordering that does not exist between emergency services such as the Military Police and the Traumatic Emergency Integrated Care Service (SIATE). Also noteworthy is the shortage of professionals, especially physicians, generating human resources expenses (overtime) that affect the operating cost of SAMU, which, although it receives the onlendings of the federated entities, are insufficient. As potentialities, the employment relationship is indicated through a unique legal regime, with low turnover of the regulation professionals and autonomy, furthermore there is the designation of Local Health Authority to the regulatory physician. The SAMU financing, despite having been evaluated as good in the parameters defined by the MAJ, only indicates that there was receipt of onlendings from the other federated entities, according to the established in ordinances. It should be noted that in the analysis of this indicator, the lack of transfer of many municipalities in the region, and that the amounts

received are not enough, for maintenance of the service, and that the municipality must pay around 50% of the funds due. Besides it is recommended that the financing component be better elucidated and detailed in future studies. Therefore, in practice, the governance system of SAMU is fragile by factors pointed out in this study, which makes it difficult to fulfill its function of properly organize the RUE.

**Key Words:** Governance. SAMU. Health Regulation and Surveillance. Emergency Medical Services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1 –</b>	Componentes da Política de Atenção às Urgências no Brasil.....	23
<b>Figura 2 –</b>	Mapa da distribuição territorial dos municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde .....	31
<b>Figura 3 –</b>	Representação gráfica da dimensão gestão da urgência com suas subdimensões e respectivos indicadores da MAJ .....	49
<b>Figura 4 –</b>	Representação gráfica do resultado da avaliação da subdimensão articulação e seus respectivos indicadores. ....	50
<b>Figura 5 –</b>	Representação gráfica do resultado da avaliação da subdimensão regulação e seus respectivos indicadores. ....	57
<b>Figura 6 –</b>	Representação gráfica do resultado da avaliação da subdimensão infraestrutura e seus respectivos indicadores. ....	78
<b>Figura 7 –</b>	Representação gráfica do resultado da avaliação da subdimensão financiamento e seus respectivos indicadores. ....	90
<b>Quadro 1 –</b>	Matriz avaliativa do serviço de atendimento móvel de urgência, segundo sua dimensão Gestão da Urgência, subdimensões, indicadores, medidas e parâmetros. ....	34
<b>Quadro 2 –</b>	Distribuição dos componentes da RUE na 17ª Regional de Saúde .....	39
<b>Quadro 3 –</b>	Distribuição ferramentas de regulação segundo seu grau de importância para exercer a função de médico regulador na CR. ....	60
<b>Quadro 4 –</b>	Existência dos dispositivos disponíveis durante todo o período de funcionamento da CR Regional de Londrina.....	61

<b>Quadro 5 –</b>	Quantitativos mínimos de profissionais da Sala de Regulação Médica e respectivo número de estações de trabalho, segundo estabelecido na Portaria nº 1010, Brasil, 2012.....	79
<b>Quadro 6 –</b>	Quantitativos mínimos exigidos de profissionais médicos na CR de acordo com seu porte populacional, conforme estabelecido na Portaria nº 1.010, Brasil, 2017.....	84
<b>Quadro 7 –</b>	Distribuição da qualificação e do tempo de atuação dos profissionais médicos da CR do SAMU Regional Norte de Londrina, 2017.....	87
<b>Quadro 8 –</b>	Representação do resultado da avaliação da dimensão da Gestão da urgência da CR do SAMU Regional Norte de Londrina e das suas subdimensões e respectivos indicadores .....	95
<b>Quadro 9 –</b>	Representação do custeio mensal do MS (Habilitação e Qualificação) para as unidades do componente SAMU 192 com base no porte populacional do SAMU Regional Norte de Londrina, 2018.....	97
<b>Quadro 10 –</b>	Perfil do componente SAMU 192 da 17ª Regional de Saúde, agosto/2017.....	98
<b>Quadro 11 –</b>	Financiamento Federal para manutenção do SAMU Regional de Londrina, 2017.....	99
<b>Quadro 12 –</b>	Financiamento Estadual para manutenção do SAMU Regional de Londrina, 2017.....	99

## **LISTRA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CFM	Conselho Federal de Medicina
CR	Central de Regulação das Urgências
MAC	Média e Alta Complexidade
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
MS	Ministério da Saúde
NEU	Núcleo de Educação em Urgência
PA	Pronto Atendimento
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Regional de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TEC	Transporte Emergencial Centralizado
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>19</b>
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA .....	19
2.1.1	Conceitos de Urgência e Emergência .....	19
2.1.2	Implementação da Política Nacional de Urgência .....	21
2.1.3	Implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência .....	23
2.2	ASPECTOS RELACIONADOS AO SISTEMA DE GOVERNAÇÃO DO SAMU .....	25
2.2.1	Redes de Atenção à Saúde e Governança.....	25
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>29</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	29
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>30</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	30
4.2	LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO .....	30
4.3	TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS .....	31
4.3.1	Análise Documental.....	32
4.3.2	Observação Estruturada.....	33
4.3.2.1	<i>Análise dos dados da matriz</i> .....	33
4.3.3	Entrevista.....	35
4.3.3.1	<i>Análise dos dados das entrevistas</i> .....	36
4.4	ANÁLISE DOS DADOS .....	37
4.5	ASPECTOS ÉTICOS .....	38
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>39</b>
5.1	A ORGANIZAÇÃO DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NA RUE .....	39
5.1.1	Aspectos Normativos que Orientam a Organização do	

	SAMU como componente da RUE .....	42
5.2	GESTÃO DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DA URGÊNCIA .....	49
5.2.1	Subdimensão Articulação .....	50
5.2.1.1	<i>Articulação interna e externa</i> .....	51
5.2.2	Subdimensão Regulação da Urgência .....	56
5.2.2.1	<i>Informação atualizada</i> .....	57
5.2.2.2	<i>Pactuação e ferramentas da regulação</i> .....	60
5.2.2.3	<i>Autonomia</i> .....	67
5.2.2.4	<i>Ordenação dos serviços</i> .....	73
5.2.3	Subdimensão Infraestrutura.....	78
5.2.3.1	<i>Adequação do espaço físico da central de regulação</i> .....	79
5.2.3.2	<i>Autonomia de comunicação interna</i> .....	81
5.2.3.3	<i>Comunicação com o solicitante</i> .....	82
5.2.3.4	<i>Suficiência de pessoal na central de regulação</i> .....	83
5.2.4	Subdimensão Financiamento .....	89
5.2.5	Síntese dos Resultados da Matriz de Análise e Julgamento .....	95
5.3	GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DO SAMU .....	96
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	103
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	106
	<b>APÊNDICES</b> .....	112
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	113
	APÊNDICE B – Autorização de Pesquisa da 17ª Regional de Saúde.....	115
	APÊNDICE C – Autorização de Pesquisa da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina .....	116
	<b>ANEXOS</b> .....	117
	ANEXO A – Matriz Avaliativa de Julgamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência .....	118

ANEXO B –	Roteiro de Observação Direta da Central de Regulação do SAMU Regional Norte de Londrina.....	125
ANEXO C –	Roteiro de Entrevista com os Coordenadores/Gerentes do SAMU e Médicos Reguladores.....	129
ANEXO D –	Parecer Consusbtanciado do Comitê de Ética e Pesquisa.....	133

## 1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde pública vigente no país teve seu marco inicial com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), implementado a partir de 1990 com as Leis Orgânicas de Saúde (Lei nº 8080 e Lei nº 8042). O SUS foi uma importante conquista social, cujo objetivo principal é oferecer assistência à população por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a integração de ações curativas, preventivas, de recuperação e reabilitação (BRASIL, 1990). E esse sistema de saúde, com seus princípios e diretrizes já regulamentados, vem sofrendo, nos últimos 30 anos desde sua criação, constantes e significativas mudanças com intuito de melhor atender as necessidades da população (ARAÚJO, 2013; O'DWYER, 2009).

No decorrer dos anos, as ações e serviços desenvolvidos pelo SUS impactaram positivamente nos indicadores de saúde, como na redução da mortalidade infantil e da mortalidade por doenças infectocontagiosas. No entanto, os estilos de vida relacionados a fatores sociais e as transições no perfil epidemiológico e demográfico da população brasileira, resultado de um progressivo aumento na expectativa de vida dos brasileiros e do processo de urbanização, acarretaram o aumento na morbimortalidade por doenças crônicas/degenerativas e causas externas, destacando-se os acidentes e violências. Consequentemente, tornou-se um problema de saúde, sendo necessária a criação de ações para sua redução e melhoria dos indicadores. Desse modo, foram reformuladas e elaboradas novas políticas de saúde com enfoque na área de urgência e emergência no SUS (ARAÚJO, et al., 2011).

No Brasil, em 2016, segundo fontes do Ministério da Saúde (MS), as causas de óbito relacionadas às doenças do aparelho circulatório (DAC) representaram 27,6% e causas externas 11,9% do total de óbitos no período, estando entre as três principais causas de óbitos no país (BRASIL, 2017).

No entanto, também se deparam com problemas relacionados à procura e acesso aos serviços de urgência e emergência. Segundo Giglio-Jacquemot (2005, p.13), para usuários e veículos de comunicação, os principais problemas dos serviços são: "superlotação, escassez de recursos humanos e materiais, inadequação entre a oferta e

a demanda de cuidados médicos de urgências". Por outro lado, os profissionais de saúde e os gestores apontam que a população procura atendimentos nos serviços de urgência e emergência, muitas vezes de forma inadequada, já que a maioria dos agravos à saúde que atinge a população poderia ser resolvida na atenção básica à saúde (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Diante das dificuldades apresentadas e visando contribuir para melhoria da assistência nos serviços de urgência e emergência, o Ministério da Saúde, criou a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), com a Portaria nº 1863 GM/MS de 2003, organizando os componentes: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar, e o componente pré-hospitalar móvel de urgência, sendo prioridade na implantação (BRASIL, 2006a).

Assim, a Portaria nº 1.864 GM/MS de 2003 instituiu o componente Pré-Hospitalar Móvel, por meio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192 (BRASIL, 2006a).

Posteriormente em 2011, a PNAU foi reformulada com a Portaria GM/MS nº 1.600/2011, que instituiu a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), com objetivo de maior articulação entre seus componentes e com as demais Redes de Atenção (BRASIL, 2011a).

O SAMU é o componente da RUE que objetiva ordenar o fluxo assistencial e é também o centro articulador da rede. Busca realizar o atendimento rapidamente, com qualidade, realizando a integração com o sistema de saúde, por meio da sua Central de Regulação das Urgências (CR). Na RUE, a central de regulação do SAMU é o componente principal, pois define os passos das equipes de saúde e de apoio desde o início do chamado até o final do atendimento, sendo considerado o elemento chave para ordenação da rede (BRASIL, 2013a).

Portanto, o SAMU se constitui um importante componente da PNAU, com papel de ordenador da rede assistencial da RUE e de articulador entre as demais Redes de Atenção à Saúde (RAS). A função de observatório da rede sofre influências de determinantes sociais e políticos, enfrentando, na prática, dificuldades em exercer seu papel, devido às relações que fragilizam o seu sistema de governança (O'DWYER, 2009; ORTIGA, 2014; VELLOSO, 2011).

Com a criação da RUE, de acordo com fontes do Ministério da Saúde, com a indução à regionalização, entre os anos 2010 a 2013, a população com cobertura do SAMU, aumentou para aproximadamente 17,5 milhões (14%), já a quantidade de municípios com acesso ao serviço aumentou em 38%. Esses dados ajudam a constatar que o componente pré-hospitalar – SAMU e centrais de regulação apresentam uma significativa cobertura populacional no País (JORGE, et al., 2014).

O processo de implantação da RUE ampliou o acesso ao serviço, devido ao crescente aumento no número de unidades móveis e de centrais de regulação e com o adequado funcionamento do Núcleo de Educação em Urgência (NEU) que tem contribuído para qualificação do serviço prestado pelos profissionais. Constata-se ainda como uma forte tendência, a formação de SAMU regionalizados. No entanto, as regiões do país com difícil acesso ainda carecem de uma ampliação da cobertura do serviço, sendo um grande desafio para os gestores (JORGE, et al., 2014).

O SAMU ainda é considerado um programa recente dentro das políticas públicas, iniciando o processo de inserção com abrangência nacional formalmente somente em 2003 com as normas ministeriais. Sendo assim, sua implantação efetiva e de qualidade, está nitidamente atrelada ao financiamento adequado, existência de uma rede e sistema de governança articulado, sistema de informações que forneça dados da situação onde o serviço está instalado, bem como a qualificação dos profissionais da área. Para enfrentar os desafios são necessárias importantes estratégias das diferentes esferas de gestão para que a função do SAMU de ordenador e de observatório do Sistema de Saúde seja alcançada, e dessa forma contribuir para melhoria de toda a rede de atenção assistencial, organizando seu acesso para integralidade na atenção prestada (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

No entanto, “todos os demais componentes das redes de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS), os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas” (MENDES, 2011, p. 87).

No cotidiano do serviço, é muito comum o relato, por parte de trabalhadores, de dificuldades do SAMU em exercer o papel de ordenador da RUE (para tornar o sistema de saúde mais integrado e resolutivo), devido a problemas relacionados à articulação

entre os componentes, funcionamento dos comitês gestores, regulação, financiamento e capacidade instalada dos serviços da RUE. Nesse sentido, questiona-se: o sistema de governança do SAMU assegura condições para que o mesmo cumpra sua função e ordene adequadamente a Rede de Atenção às Urgências (RUE)?

Considerando a atual conjuntura política e social do país, e o aumento na demanda por atendimentos nos serviços de urgência e emergências médicas com maior qualidade, integralidade, e importante papel do componente pré-hospitalar móvel para o adequado funcionamento da RUE, é relevante analisar e conhecer os aspectos estruturais, da implementação e do seu financiamento e ainda a articulação entre os componentes da RUE.

Com vistas a buscar respostas para o questionamento, propõe-se a realização dessa investigação, considerando que, apesar de inúmeras portarias que regulamentam o funcionamento da RUE, ainda não existem indicadores para avaliação dos serviços, sendo, portanto, escassos os estudos sobre o tema.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

#### 2.1.1 Conceitos de Urgência e Emergência

Há várias concepções a respeito do conceito de urgência e emergência em saúde, tanto sob a ótica biomédica como antropológica. Esta última representa uma perspectiva complementar enriquecedora para a abordagem dos problemas de saúde pública (UCHÔA; VIDAL, 1994).

Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM) (1995, art. 1):

**Urgência:** ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

**Emergência:** constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Já no Manual de Regulação Médica das Urgências do Ministério da Saúde, o significado de emergência é definido, como sendo:

[...] relativo a emergir, ou seja, alguma coisa que não existia, ou que não era vista, e que passa a existir ou ser manifesta, representando, dessa forma, qualquer queixa ou novo sintoma que um paciente passe a apresentar. Assim, tanto um acidente quanto uma virose respiratória, uma dor de dente ou uma hemorragia digestiva, podem ser consideradas emergências (BRASIL, 2006b, p. 47-48).

Este conceito de emergência é contrário ao americano, que entende uma situação de “emergência” como algo que não se pode esperar e tem de ser atendida com rapidez, corroborando o significado do termo adotado pelo CFM (BRASIL, 2006b).

Contudo, devido ao grande número de dúvidas paradoxais que a terminologia causa entre médicos e no sistema de saúde, nos manuais e portarias ministeriais sobre o assunto foi escolhido neste trabalho por não fazer diferenciação entre urgência e emergência, mas utilizar apenas o termo “urgência”, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, classificando o "grau de urgência" em níveis, de 1 a 4, de acordo com o "imperativo da necessidade humana" (BRASIL, 2006b, p. 48).

Ainda no Manual de Regulação Médica das Urgências, ao classificar o grau de urgência em níveis, se estabelece influências de caráter multifatorial para avaliação, sendo este grau diretamente proporcional à gravidade do caso, aos recursos necessários para o tratamento e ao valor social que envolve o caso e inversamente proporcional ao tempo para iniciar o tratamento (BRASIL, 2006b). E ainda acrescenta que:

A pressão social que envolve o atendimento inicial pode muitas vezes justificar o aumento do grau de urgência de um caso simples. Este fator não pode ser negligenciado, pois muitas vezes uma comoção social no local do atendimento pode dificultar a prestação de socorro (BRASIL, 2006b, p. 49).

A antropóloga Giglio-Jacquemot (2005), parte do pressuposto que as concepções heterogêneas entre as expectativas dos especialistas legítimos da urgência e dos pacientes leigos traduz a existência, entre eles, de um "desentendimento profundo" devido a suas percepções diferentes de urgência médica.

E, ao analisar os conceitos de urgência e emergência nos textos médicos e de saúde pública, bem como dos profissionais que atuam na área, verifica-se que os termos empregados para definir urgência/emergência são utilizados com relação de separação/contrariedade no contexto da urgência/emergência, nas dimensões de serem objetivas e/ou subjetivas, certas e/ou erradas, de médicos e/ou leigos; ao invés de serem complementares para formar um contexto mais homogêneo das representações e práticas de urgência por parte de todos os atores sociais envolvidos, profissionais da saúde e leigos (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Os gestores e profissionais que organizam os atendimentos dos sistemas biomédicos se baseiam em uma concepção exata, objetiva para urgência e emergência. Já no contexto da antropologia médica, são utilizados critérios para se buscar compreender, com base na vivência e experiência de campo as ações e percepções dos diversos atores envolvidos no problema analisado (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Diante do exposto, conclui-se que os significados historicamente atribuídos aos termos urgência e emergência no Sistema de Saúde podem não corresponder às necessidades atuais dos serviços de saúde, devendo ser estabelecido uma nova compressão para os termos (HUMBERTO, et al., 2009).

### 2.1.2 Implementação da Política Nacional de Urgência

O processo de formulação e implementação de políticas públicas deve envolver a interação entre interesses da população da área e dos serviços de saúde, mas está sujeita a apresentar conflitos como a fragmentação e dificuldades de articulação interfederativa entre os níveis de gestão governamentais, como a disputa de poder envolvidos (O'DWYER, 2009).

Os serviços de urgência e emergências são considerados um desafio para os países, que na sua maioria são implementados, gerenciados e financiados pelo poder público, que devido aos altos custos e a complexidade para seu adequado e efetivo funcionamento e articulação entre os serviços, não são de interesse do setor privado por serem pouco lucrativo. Em consequência, os serviços de urgências e emergências acabam sobrecarregados devido ao aumento na demanda dos serviços, estrutura assistencial deficiente, baixa capacidade instalada para atender a população, gerando superlotações, e reclamações por parte dos usuários, os quais são frequentemente divulgados nos meios de comunicação (CABRAL, 2007).

As "portas de urgência" podem ser consideradas observatório da condição de saúde da população e da atuação do sistema de saúde, já que são fontes de informações atualizadas dos agravos à saúde para ações de vigilância em saúde. O conjunto de fatores epidemiológicos e sociais é relevante para desenvolver ações que efetivamente priorizem a área de urgência e emergência na assistência à saúde no âmbito do SUS (BARBOSA, 2012; BRASIL, 2006b).

A Portaria GM/MS nº 2.048/2002 foi um marco para constituição da política no âmbito da urgência e emergência, que aprovou e instituiu os princípios e diretrizes do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e as normas e critérios de funcionamento. Esta determina que estados e municípios organizem sua rede para atendimento às urgências, estabelecendo a estrutura e critérios mínimos necessários para os componentes pré-hospitalar (fixo e móvel) hospitalar, assim como o pós-hospitalar (BRASIL, 2002).

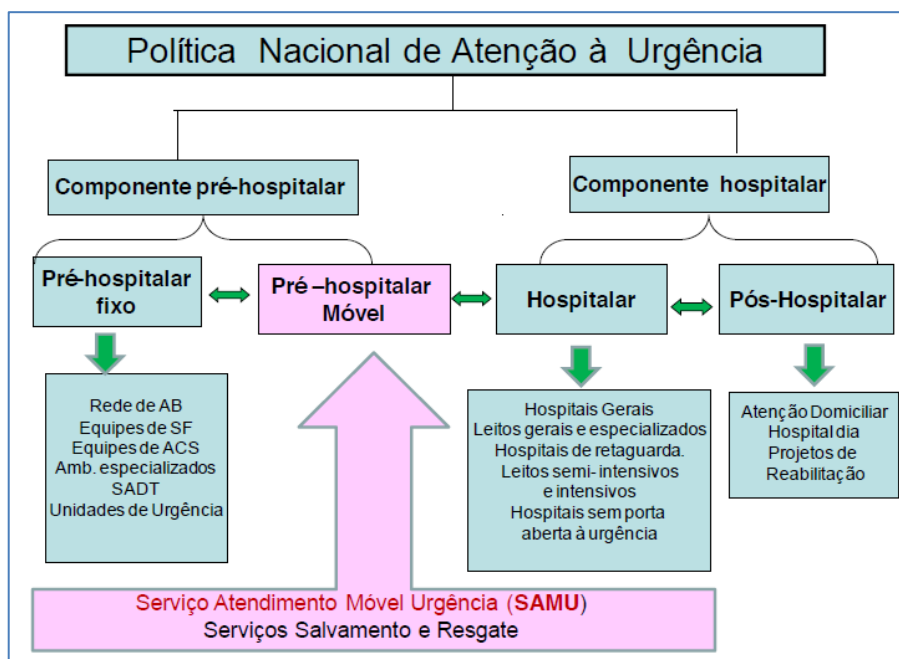
Na Portaria apresentada, já existia uma tentativa de organização da rede que envolvia os diferentes níveis de assistência no atendimento às urgências e emergências

para integração de ações, construindo serviços mais resolutivos, permitindo o diagnóstico das dificuldades, por meio dos indicadores, possibilitando assim ações corretivas. Foi norteadora e antecessora da PNAU, contemplando todos os elementos que foram implementados nas portarias ministeriais seguintes (BRASIL, 2002; O'DWYER, 2010).

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) de 2003 foi proposta para organização em rede dos atendimentos às urgências, promoção da qualidade de vida, operação de centrais de regulação, capacitação e educação continuada e humanização da atenção, e foi norteada pelos princípios do SUS (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER 2011).

Nessas circunstâncias, O Ministério da Saúde (MS) instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da Portaria GM/MS nº 1.863 de 2003. Seu principal objetivo foi a estruturação de Sistemas de Atenção às Urgências estaduais, regionais e municipais de acordo com os princípios do SUS, para reduzir a demanda dos pront-socorros hospitalares e redirecionar o atendimento para as unidades pré-hospitalares fixas de urgência. Estes sistemas foram construídos a partir da implementação dos componentes representados na figura 1, devendo se relacionar e organizar de forma complementar, onde cada serviço seja parte integrante de um sistema (BRASIL, 2006a; ORTIGA, 2014).

**Figura 1** - Componentes da Política Nacional de Atenção às Urgências no Brasil.



Fonte: Ortiga (2014).

### 2.1.3 Implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

O processo para implementação do SAMU, tem ocorrido de forma gradual e contínua e de caráter crescente, nos últimos 13 anos. Durante esse processo uma série de portarias ministeriais foram criadas/renovadas e estão em constantes atualização com vistas a melhorar sua implementação e regulamentar seu funcionamento (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER 2011).

O SAMU foi o componente prioritário na agenda federal em 2003 e incentivado por meio da articulação de especialistas da área de urgência e emergência e a existência de experiências municipais exitosas e no âmbito nacional uma regulação prévia. E sobretudo o apoio político em nível federal do Presidente da República e do Ministro da Saúde da época para defender a implantação do serviço (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

A definição e prioridade da implantação do SAMU na primeira etapa da PNAU foi viabilizada pois:

[...] 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 (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER 2011, p. 523).

O marco nacional do componente pré-hospitalar móvel foi em 2003 com a instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências, na qual foi o componente prioritário na primeira etapa da estruturação da PNAU por meio da Portaria GM/MS nº 1.864 de 2003, com a implantação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e seus Núcleos de Educação em Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do SUS (BRASIL, 2006a).

Após várias atualizações, a Portaria mais recente que normativa o SAMU é a Portaria nº 1.010 de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação das Urgências, sendo componente da Rede de Atenção às Urgências. Apenas os valores para "Incentivo Financeiro de Investimento e Custeio para Unidades Móveis" foi alterada com nova redação pela Portaria nº 1.473 de 2013 (BRASIL 2012; BRASIL, 2013b).

O SAMU 192 representa o centro da rede de urgência e busca como efeito imediato a agilidade e adequado atendimento e a integração com a rede de serviços. É composto por Unidades Móveis de Atendimento e de uma Central de Regulação (CR). A CR é o componente que exerce o papel de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção. Também por meio do apoio das CR, se assume uma articulação política transectorial com os órgãos de resgate como o Corpo de Bombeiros, Polícia Militar e quando necessário com a Defesa Civil (BRASIL 2013b; ORTIGA, 2014; VELLOSO, 2011).

Sendo assim, de acordo com a Portaria nº 1.010 de 2012, no seu Art. 2º considera-se:

**I - SAMU 192:** componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e

acionado por uma Central de Regulação das Urgências (BRASIL, 2012, art. 2).

**II- Central de Regulação das Urgências:** estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência [...] (BRASIL, 2012, art. 2).

## 2.2 ASPECTOS RELACIONADOS AO SISTEMA DE GOVERNANÇA DO SAMU

### 2.2.1 Redes de Atenção à Saúde e Governança

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram estabelecidas na Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, e as temáticas das RAS pactuadas em Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2011 e 2012. Assim foram priorizadas, com base em diretrizes clínicas ou organizativas cinco Redes Temáticas: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (Raps); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. E cada uma dessas Redes Temáticas são formadas por componentes específicos (BRASIL, 2014).

O Decreto nº 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde 8080/90, tem como objetivo, organizar as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada. Este decreto define diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), para maior integração das ações e serviços. Também formaliza a operacionalização da gestão compartilhada das RAS (BRASIL, 2011b).

As RAS são um conjunto de organizações dinâmicas e horizontais de serviços em uma Região de Saúde, com o objetivo de oferecer o acesso à atenção, contínua e integral, à população, fortalecendo a Atenção Básica como elo de comunicação e acompanhamento do paciente e os demais serviços. Dentre os componentes da estrutura operacional das RAS, o sistema de governança constitui um elemento importante para a sua organização e funcionamento (MENDES, 2011).

No contexto da urgência a emergência, o MS dentro da capacidade já instaurada da PNAU, por meio da Portaria GM/MS nº 1.600/2011, reformulou a PNAU e instituiu as Redes de Urgência e Emergência (RUE), bem como suas diretrizes, componentes e sua operacionalização, com prioridade para estruturação das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia (BRASIL, 2011a). De acordo com o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS:

[...] é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados (BRASIL, 2013a, p. 13-14).

Cada Rede Temática é formada por componentes específicos, sendo integrantes da RUE: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar e Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011a). Sua implementação vem se destacando como forma de melhorar o atendimento à urgência no Brasil (ORTIGA, 2014).

A estruturação dos componentes da RUE está organizada e integrada para abranger as três linhas de cuidado prioritárias (Cardiovascular, Cerebrovascular e do Trauma), garantindo assim o tempo-resposta mais adequado para população residente (PARANÁ, 2012b).

A RUE apresenta diretrizes para auxiliar no processo da sua implementação, visto que com a constituição dos seus componentes, cada um apresenta objetivos definidos para operacionalização da rede. E esse conjunto desses componentes produzirá o efeito final da RUE, que é a redução de danos e óbitos e o aumento da sobrevivência dos pacientes, minimizando os danos (ORTIGA, 2014).

A Portaria nº 4.279, de 2010, preconiza que as Redes de Atenção à Saúde tenham:

Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região

de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações (BRASIL, 2010, p. 8).

Neste contexto, o conceito de governança, segundo Mendes (2011, p. 156):

[...] é um arranjo organizativo uni ou pluri- institucional que permite gerir todos os componentes das Redes de Atenção à Saúde, de forma a originar um excedente cooperativo entre os atores sociais, a aumentar a interdependência entre eles e a obter resultados sanitários e econômicos para a população adstrita.

Ainda, o sistema de governança pode ser classificado, abrangendo três aspectos: institucional, gerencial e de financiamento. A governança institucional está relacionada com a consolidação das Comissões Intergestoras Regionais, Bipartite e Tripartite e propõe o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como importante instrumento para o fortalecimento da governança sistêmica do SUS. Na governança gerencial são propostos os Planos de Ação das Redes (PAR) para o acompanhamento da implementação da rede e das articulações com os atores públicos e/ ou privados envolvidos. E por último, a governança de financiamento é viabilizada por meio dos planos de ação regionais, em que devem ser detalhados os recursos financeiros, a responsabilidade de cada ente na sustentabilidade dos planos, e quais recursos serão alocados por prestador de saúde; sua operacionalização deve ser feita por meio de instrumentos/mecanismos de Regulação da Atenção, tais como: programação geral, contratualização de estabelecimentos públicos e/ou prestadores privados e regulação do acesso (BRASIL, 2014).

Na literatura são encontrados vários conceitos e termos distintos atribuídos a definições de 'governança de sistemas de saúde'. Essas definições geralmente descrevem ideais de governança (exemplo: bom, democrático) ou características da organização dos atores nos arranjos de governança (exemplo: hierárquicos, em rede). No entanto, as dimensões de governança são definidas a partir de diferentes perspectivas e em combinações variadas, capturando valores, sub-funções e resultados de governança. As ferramentas e medidas usadas para governar continuam a ser descritas e podem ser alinhadas de acordo com as dimensões da governança ou sua capacidade de criar relações específicas entre os atores (BARBAZZA; TELLO, 2014; RHODES, 1996).

De forma geral o conceito de governança é sintetizado por Lima, Albuquerque e Scatena (2016) como:

[...] redefinição e ampliação das formas de relacionamento entre Estado e sociedade ou entre governos, agentes privados e sociedade, tendo como traço distintivo a dimensão relacional e a forte interdependência (entre grupos e organizações) que caracteriza uma dada política. De certa forma, marca a descentralização do processo decisório e da ação pública para fora dos limites das instituições formais do Estado (p. 4).

Para Hufty, Báscolo e Bazzani (2006, p. S36) a governança, na sua dimensão analítica, permite “descrever e explicar as interações de atores, processos e regras do jogo e, assim, conseguir melhor compreensão das condutas e tomada de decisões na sociedade”. Desta forma, pode “*ser usada como ferramenta analítica para investigação e transformação dos processos de formulação de políticas e gestão de sistemas de saúde*” (SANTOS; GIOVANELLA, 2014, p. 624).

Dessa forma, os referenciais teóricos selecionados: a criação da política de urgência e emergência, com conseqüente implantação do componente pré-hospitalar móvel de urgência, as redes de atenção à saúde e os aspectos relacionados à governança, tendo como referência principal os conceitos de Mendes (2011) de governança institucional, gerencial e de financiamento se constituíram em subsídio fecundo para análise do objeto de estudo: o sistema de governança do SAMU na ordenação da RUE.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar o sistema de governança institucional, gerencial e de financiamento do componente pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) em uma região de saúde no Estado do Paraná.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever a organização do componente pré-hospitalar móvel da RUE na região.
- Avaliar a gestão do componente pré-hospitalar móvel da urgência, nas seguintes subdimensões: articulação, financiamento, regulação e infraestrutura;
- Analisar a gestão dos recursos financeiros do componente pré-hospitalar móvel.

## 4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo avaliativo da governança do componente pré-hospitalar móvel de urgência. O SAMU, em especial a CR, sintetiza os elementos necessários para ordenação do sistema de urgência. No entanto, estudos têm demonstrado a importância da governança para o adequado cumprimento dessa função (ORTIGA, 2014; IBANHES, et al., 2007). Nesta pesquisa, a análise e avaliação da governança foram desenvolvidas a partir de quatro subdimensões da gestão da urgência: articulação, regulação, infraestrutura e financiamento.

Para a avaliação foi utilizada uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) (Anexo A) já validada em estudo anterior desenvolvido sobre o tema (ORTIGA, 2014). Para ampliar a análise, os dados obtidos pela matriz foram complementados com informações obtidas pela análise de documentos e de entrevistas com informantes chave.

### 4.2 LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na área de abrangência do SAMU Regional de Londrina, pertencente a 17<sup>o</sup> Regional de Saúde da macrorregião norte do Estado do Paraná, no período de 2016 a 2017. Esta região é constituída por 21 municípios, com população total de 943.434 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). São municípios integrantes da 17<sup>a</sup> Regional de Saúde (RS):

- Alvorada do Sul, Assaí, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Ibiporã, Jaguapitã, Jataizinho, Londrina, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira, Primeiro de Maio, Rolândia, Sertanópolis e Tamarana (Figura 2).

**Figura 2** - Mapa da distribuição territorial dos municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde.



**Fonte:** Paraná, 2017a.

Os sujeitos do estudo foram os integrantes da Diretoria de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina (gerentes/coordenadores do SAMU, médicos reguladores do Complexo Regulador) e do Comitê Gestor de Atenção às Urgências nessa região (responsável técnico da RUE da macrorregião norte).

#### 4.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Os dados foram obtidos por meio de análise documental, observação direta (estruturada) e entrevista.

### 4.3.1 Análise Documental

É um dos delineamentos mais importantes e utilizados em diversas áreas de conhecimento científico. A pesquisa documental diferente da pesquisa bibliográfica que se baseia em materiais elaborados com propósitos e leitores específicos, é fundamentada em documentos elaborados para fins variados. É considerado como fonte documental o material obtido e/ou consultado das próprias organizações (GIL, 2010).

A pesquisa documental é realizada seguindo as etapas: formulação do problema; elaboração do plano de trabalho; identificação das fontes; localização das fontes e obtenção do material; análise e interpretação dos dados e redação do relatório (GIL, 2010).

Foi utilizada para subsidiar a descrição da organização do componente pré-hospitalar móvel da RUE na região, bem como para subsidiar o preenchimento da matriz de análise e julgamento.

A pesquisa de campo com abordagem documental foi realizada no mês de dezembro de 2017 por meio da análise dos seguintes documentos:

- Atas de reuniões, resoluções e deliberações da CIR 17ªRS-PR/CIB/PR;
- Atas de reuniões e resoluções dos Comitês Gestores de Atenção às Urgências;
- Plano de Ação de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte (2017);
- Plano Diretor de Regionalização (2015);
- Portarias Ministeriais de Habilitação e Qualificação da Central de Regulação e das Unidades Móveis do SAMU e
- Relatório do Fundo Municipal de Saúde de Londrina.

A coleta de dados foi realizada diretamente nas instituições pesquisadas após sua autorização formal, respeitando-se os critérios de acesso estabelecidos e preservando-se o sigilo das informações. Os dados obtidos foram organizados de forma analítica e registrados em diário de campo. Os documentos posteriormente foram arquivados em pastas, ao mesmo tempo em que se prosseguia à coleta, organizados pela fonte documental. Para cada documento foi criada uma ficha de leitura contendo resumo,

referencias biográficas e principais resultados e trechos que poderiam ser utilizados posteriormente.

#### 4.3.2 Observação Estruturada

Triviños (2007, p. 153) afirma que “observar naturalmente não é simplesmente olhar”. Significa, destacar de um conjunto, algo específico, como suas características e observar determinado evento social é estudá-lo de forma a descobrir seus aspectos aparentiais profundos, buscando compreendê-lo em suas contradições, dinamismos e relações (TRIVIÑOS, 2007).

Na pesquisa qualitativa a observação estruturada ou padronizada é aplicada para compreender as especificidades do fenômeno estudado, verificando as hipóteses desenvolvidas no estudo (TRIVIÑOS, 2007).

Realizou-se a observação da infraestrutura e funcionamento da Central de Regulação de Urgência responsável pela 17ª regional de saúde, sediada no município de Londrina. A observação ocorreu nos dias 03/05/2017 no período matutino, 05/05/2017 vespertino e 11/05/2017 no período noturno, e contou com um roteiro estruturado para sua sistematização (Anexo B) que foi utilizado para subsidiar a avaliação dos indicadores constantes na MAJ (Anexo A), já validada em estudo anterior desenvolvido sobre o tema (ORTIGA, 2014).

Foram observadas as seguintes subdimensões: Articulação; Financiamento; Regulação e Infraestrutura, e seus respectivos indicadores da gestão do componente pré-hospitalar móvel da urgência. Após a coleta, os dados foram sistematizados e analisados em planilha de trabalho.

##### 4.3.2.1 Análise dos dados da Matriz

Para os resultados obtidos dos indicadores para avaliação da Gestão do SAMU, foram utilizadas as designações **Bom, Regular e Ruim** para emissão de juízo de valor dos indicadores da MAJ, as quais foram baseados em aspectos normativos e na revisão de literatura, o que também possibilitou a identificação de fragilidades e potencialidades

do serviço (Quadro 1). Foi considerado o mesmo grau de importância para todas as subdimensões, indicadores, medidas e parâmetros avaliativos. Os critérios de julgamento emitidos para cada subdimensão e conseqüentemente para a dimensão da Gestão da Urgência foram:

- BOM – quando nenhum indicador é avaliado como **ruim** e mais de 50% dos indicadores avaliados são classificados como **bom**;
- RUIM – quando nenhum indicador é avaliado como **bom** e 50% ou mais dos indicadores avaliados são classificados como **ruim**;
- REGULAR – quando maior ou igual a 50% dos indicadores são classificados como regulares e as demais situações (ORTIGA, 2014).

Por fim, quando o resultado das respostas da MAJ expressava ausência do item avaliado foi associado a um julgamento **ruim** e presença do item foi associado a um julgamento **bom** (ORTIGA, 2014).

**Quadro 1** - Matriz avaliativa do serviço de atendimento móvel de urgência, segundo sua dimensão Gestão da Urgência, subdimensões, indicadores, medidas e parâmetros.

<b>Dimensão: Gestão da Urgência</b>					
	<b>Indicador</b>	<b>Medida</b>	<b>Parâmetro</b>	<b>Pontuação Máxima Subdimensão</b>	<b>Pontuação Máxima Dimensão</b>
<b>Subdimensão Articulação</b>	Articulação Interna	No de reuniões do Comitê Gestor no ano anterior.	≥9 = Bom <9 = Ruim	Bom = 3 Regular = 1 Ruim = 0	Bom = nenhum indicador avaliado como Ruim e mais de 50% dos indicadores avaliados como Bom.
	Articulação Externa	Participação em outras instancias colegiadas.	Sim = Bom Não = Ruim		
<b>Subdimensão Financiamento</b>	Co-financiamento	Percentual de USB com aporte financeiro estadual e ou municipal	≥ 80% = Bom 79% a 50% = Regular < 50% = Ruim	Bom = 3 Regular = 1 Ruim = 0	Ruim = nenhum indicador avaliado
	Cobertura do Recurso Federal	Percentual de Unidades e Centrais de Regulação recebendo aporte financeiro federal.	≥ 80% = Bom 79% a 50% = Regular < 50% = Ruim		
<b>Subdimensões</b>	Informação Atualizada	Centrais de Regulação com informação atualizada sobre localização de leitos,	Todos = Bom ≥ 2 = Regular < 2 = Ruim	Bom = 3 Regular = 1 Ruim = 0	

		veículos de transporte e de resgate.			como Bom e 50% ou mais indicadores avaliados como Ruim.
	Pactuação e Ferramentas de Regulação	Disponibilidade de itens essenciais a função de regulação.	100% = Bom < 100% = Ruim		
	Autonomia	Designação de autoridade Sanitária do Regulador.	Sim = Bom Não = Ruim		
	Ordenação dos Serviços	O SAMU acolhe e ordena as chamadas de urgência dos números serviços 191 190 e 193.	Todos = Bom 2 ou 1 = Regular Nenhum = Ruim		
<b>Subdimensão Infraestrutura</b>	Adequação do espaço físico da CR	Relação adequada entre profissionais e estações de trabalho segundo Portaria.	Atende = Bom Não atende = Ruim	Bom = 3 Regular = 1 Ruim = 0	Regular = as demais situações.
	Autonomia de comunicação interna	% de USB em que a CR tem possibilidade de rápido acionamento.	≥ 80% = Bom 79% a 50% = Regular < 50% = Ruim		
	Comunicação com o solicitante	No de linhas telefônicas de acesso gratuito ao público (192) por TARM.	≥ 2 linhas = Bom < 2 linhas = Ruim		
	Suficiência de Pessoal na Central	Carga horária de MR necessário para o porte da CR.	Atende = Bom Não atende = Ruim		

Fonte: Ortiga (2014).

#### 4.3.3 Entrevista

A entrevista é considerada por Minayo (2013, p. 261) a técnica de pesquisa mais utilizada no trabalho de campo, caracterizada por uma conversa a dois, por iniciativa do entrevistador, “destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa”.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, orientadas por um roteiro (Anexo C) contendo questões relacionadas às quatro subdimensões avaliadas: articulação, financiamento, regulação e infraestrutura que corroboram e complementam o preenchimento da MAJ.

As entrevistas foram realizadas no período de maio a junho de 2017 com os seguintes informantes chaves:

- Diretor de Urgência e Emergência da Secretaria de Saúde de Londrina;

- Responsável técnico da Rede de Urgência e Emergência da RUE da Macrorregião Norte;
- Coordenador médico do SAMU;
- Coordenador de enfermagem do SAMU;
- Coordenador administrativo do SAMU e
- Dois (02) médicos reguladores do SAMU que estão no lotados na CR desde a implantação do SAMU Regional Norte na região e já tiveram cargos na gestão do mesmo.

As falas dos entrevistados foram gravadas e transcritas. Os dados foram editados quanto às correções gramaticais, vícios de linguagem e pausas possibilitando uma melhor compreensão do sentido da entrevista, e as falas dos entrevistados foram identificados por códigos (E1...E7), afim de assegurar o sigilo de suas identidades.

#### *4.3.3.1 Análise dos dados das entrevistas*

No contexto deste trabalho a análise empírica dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática.

A análise de conteúdo, enquanto método “é um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (BARDIN, 2009, p. 33), que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2009).

A utilização do método de análise de conteúdo apresenta fases específicas para sua condução: organização da análise; codificação; categorização; tratamento dos resultados, interferência e a interpretação dos resultados (BARDIN, 2009).

A análise das informações obtidas por meio das entrevistas iniciou-se com a transcrição na íntegra das falas dos sete informantes chaves, e a conferência dos dados. Em seguida, procedeu-se uma leitura flutuante de todas as entrevistas para possibilitar a impregnação dos dados e composição do corpus da análise de conteúdo, seguindo as

regras de Bardin (2009) de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade.

Em um segundo momento, foi realizada a leitura detalhada e aprofundada das transcrições de cada entrevista. Desta análise foi possível a constituição de sínteses e procedeu-se a organização do material por categorias temáticas relacionadas às quatro subdimensões: articulação, regulação, infraestrutura e financiamento, de cada uma das entrevistas, em que se procurou reconhecer as representações, as contradições e antagonismos presentes em cada registro.

#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para cada técnica de obtenção dos dados foi produzido uma síntese: da análise documental, de cada uma das entrevistas e da observação estruturada. Foi realizada análise horizontal das sínteses das entrevistas, sendo produzida uma síntese final por temas (subdimensões: articulação, regulação, infraestrutura e financiamento). Em seguida foi realizada a análise vertical das sínteses - documental, entrevistas e observação - possibilitando a triangulação dos dados e o alcance dos objetivos do estudo.

Na elaboração dos resultados referentes ao objetivo um (descrição da organização do componente pré-hospitalar móvel) foram triangulados os resultados da análise documental e das sínteses das entrevistas. Para a obtenção dos resultados referentes ao objetivo dois (avaliação da gestão nas subdimensões: articulação, regulação, infraestrutura e financiamento), foram trianguladas as sínteses das entrevistas e da análise da observação da MAJ. Para análise da gestão dos recursos financeiros (objetivo três) foi utilizada a síntese da análise documental.

Desta forma, a utilização de mais de um método de pesquisa e a triangulação dos resultados favoreceu a compreensão do objeto de estudo de uma forma ampla e aprofundada, por meio da iluminação da realidade sob vários ângulos, ampliando a profundidade e a coerência, ou seja, ampliando as possibilidades de produção do conhecimento.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, sendo que após sua concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

A pesquisa foi autorizada pela Diretora da 17<sup>a</sup> RS (Apêndice B), Secretário Municipal de Saúde de Londrina (Apêndice C) e foi submetido e aprovado pelo CEP/UEL sob o número 1.851.525 (Anexo D).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A ORGANIZAÇÃO DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NA RUE

De acordo com o Plano de Ação Macrorregional Norte de Saúde de Urgência e Emergência, a RUE da Macrorregional Norte do Estado do Paraná é composta por cinco regionais (16<sup>a</sup>, 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup>, 19<sup>a</sup> e 22<sup>a</sup> RS) e abrange 97 municípios (PARANÁ, 2017a).

A RUE, em cada uma das regiões, é estruturada pelos componentes: pré-hospitalar fixo; pré-hospitalar móvel; hospitalar e pós-hospitalar. O quadro 2 apresenta a distribuição desses componentes nos municípios da 17<sup>a</sup> RS.

**Quadro 2** - Distribuição dos componentes da RUE na 17<sup>a</sup> Regional de Saúde, Paraná, 2017.

MUNICÍPIOS 17 RS	COMPONENTES DA RUE							
	PRÉ- HOSPITALAR FIXO			PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL			HOSPITALAR	PÓS- HOSPITALAR
	UBS	PA	UPA	USB	USA	AÉREO MÉDICO		
Alvorada do Sul	03	-	-	-	-	-	01	-
Assaí	06	-	-	01	-	-	01	-
Bela Vista do Paraíso	04	-	-	01	-	-	01	-
Cafeara	02	-	-	-	-	-	-	-
Cambé	14	01	01	02	-	-	02	01
Centenário do Sul	04	-	-	01	-	-	01	-
Florestópolis	04	-	-	-	-	-	01	-
Guaraci	02	-	-	-	-	-	-	-
Ibiporã	08	-	01	01	-	-	01	-
Jaguapitã	04	-	-	-	-	-	01	-
Jataizinho	03	-	-	-	-	-	01	-
Londrina	55	04	02	05	03	01	10	01
Lupionópolis	02	-	-	-	-	-	01	-
Miraselva	01	-	-	-	-	-	01	-
Pitangueiras	01	-	-	-	-	-	-	-
Porecatu	04	-	-	-	-	-	01	-

<b>Prado Ferreira</b>	02	-	-	-	-		01	-
<b>Primeiro de Maio</b>	03	-	-	01	-		01	-
<b>Rolândia</b>	08	01	-	01	01		02	-
<b>Sertanópolis</b>	03	-	-	01	-		01	-
<b>Tamarana</b>	06	-	-	01	-		01	-
<b>TOTAL</b>	139	06	04	15	04	01	29	02

**Fonte:** Paraná (2017a).

O componente pré-hospitalar fixo compreende a Unidade Básica de Saúde (UBS), Pronto Atendimento (PA) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA). O componente hospitalar só não é encontrado em três das cidades da região: Cafeara, Guaraci e Pitangueiras. Todas as demais cidades contam com um hospital, com exceção de Cambé e Rolândia que possuem dois e Londrina que conta com cinco hospitais inseridos na RUE. O componente pós-hospitalar é compreendido pela internação domiciliar, integrante do programa Melhor em Casa proposto pelo Ministério da Saúde. A 17ª conta com este serviço em dois municípios - Cambé e Londrina (PARANÁ, 2017a).

Nesta região, o componente pré-hospitalar móvel - o SAMU, é representado pelas Unidades de Suporte Avançado (USA), Unidades de Suporte Básico (USB) e o Aeromédico. Estes serviços não são encontrados em todas as cidades da 17ª Regional de Saúde. Há três unidades da USA em Londrina e uma em Rolândia. As USB são as mais encontradas nos municípios, estando presente em dez cidades, das quais oito municípios possuem uma unidade, Cambé possui duas e Londrina possui cinco (PARANÁ, 2017a).

A assistência pré-hospitalar móvel às urgências no Estado do Paraná está estruturada sob três eixos, considerados fundamentais para o processo de organização da rede de urgência: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/Centrais de Regulação de Urgências (SAMU 192); Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma (SIATE) e Transporte Aeromédico (PARANÁ, 2017a).

O atendimento pré-hospitalar móvel teve seu início associado ao Serviço de Resgate, do Corpo de Bombeiros, até se constituir e se consolidar como política pública de saúde representada pelo SAMU. A partir de 1990, foram treinados bombeiros de todos

os estados da federação e implementados vários programas vinculados ao Corpo de Bombeiros como: Programa Nacional de Enfrentamento de Emergências e Traumas no Rio de Janeiro, o Sistema de Atendimento ao Trauma e às Emergências (SIATE) de Curitiba, o Sistema denominado Resgate, de São Paulo, e a Companhia de Socorro de Emergência do Corpo de Bombeiros do Distrito Federal (MINAYO; DESLANDES, 2007).

Historicamente, o Corpo de Bombeiros tem atuado em todo o país, com atendimento em linha própria (193), sem ter necessariamente uma regulação médica. A Corporação do Corpo de Bombeiros ainda continua como o único órgão responsável pelo atendimento pré-hospitalar móvel de vítimas de acidentes e violências em alguns municípios do país, mas também existem outros municípios onde as duas modalidades de socorro (SAMU e Programas de Resgate vinculado ao Corpo de Bombeiros) atuam juntas (MINAYO; DESLANDES, 2007).

O SIATE está implantado no modelo integral em oito municípios do Paraná – Curitiba, São José dos Pinhais, Campo Largo, Ponta Grossa, Londrina, Maringá, Foz do Iguaçu e Cascavel (PARANÁ, 2017).

Na 17ª. RS, o SIATE foi criado há 30 anos por meio *“de um convênio entre os municípios, que seriam a sede, e o estado do Paraná, por meio das Secretarias de Saúde e de Segurança Pública”* (E1). No momento de sua implantação contava com a *“equipe de suporte básico com dois bombeiros e uma equipe de suporte avançado, com médico, enfermeiro e um condutor bombeiro para dar apoio às ocorrências”* (E1).

Em 2004, com implantação do SAMU, a equipe de suporte avançado do SIATE, constituída por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, foi deslocada para atuar neste serviço, de forma que no SAMU ficaram lotados os profissionais de saúde, qualificados para atendimento às urgências, e no SIATE somente os bombeiros socorristas.

Em Londrina, os dois serviços trabalham juntos e com apoio mútuo nos atendimentos e na regulação. Porém, em outros municípios da regional, como Rolândia, Cambé e Ibiporã, que tem somente o Corpo de Bombeiros (193), os mesmos não se reportam à regulação de Londrina, efetuando o próprio direcionamento das ocorrências.

O Transporte Aeromédico, sediado em Londrina, foi o último a ser implantado na região, habilitado em 2016, e conta com um helicóptero e equipe composta por médico e enfermeiro, para atender toda a macrorregião norte do Paraná (PARANÁ, 2017).

O caminho para novos arranjos de governança na realidade estudada depende de estruturas públicas fortes e estáveis, para fortalecer a região de saúde como objeto territorial, promovendo modificações no poder e a necessidade de planejamento à longo prazo “uma governança menos presa a estruturas rígidas e mais em combinações entre instituições públicas diversas e atores não governamentais, associando-se para resolver problemas comuns e produzir sujeitos” (PADILHA, et al., 2018, p. 592).

A governança do modelo institucional é única no SUS, pois é construída por diferentes entes institucionais que se articulam entre diferentes gestores de organizações públicas (dos três entes federados) e privadas lucrativas e não lucrativas, bem como prestadores de serviços. Porém, a governança será multi-institucional, quando forem construídas alianças estratégicas (MENDES, 2011).

### 5.1.1 Aspectos Normativos que orientam a Organização do SAMU como componente da RUE

Segundo os entrevistados, a organização do componente pré-hospitalar móvel se deu de acordo com a Portaria nº GM/MS 2048/2002. Sua estruturação criou “um modelo de assistência padronizado que opera com uma central de regulação, com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso (linha 192), com regulação médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada” (MINAYO; DESLANDES, 2007, p. 142), e um fluxo que propicia um atendimento integral e equânime às urgências e emergências na região, respeitando assim os princípios do SUS.

Em 2010, também foram instituídas as redes de atenção, das quais o SAMU faz parte como componente pré-hospitalar móvel, e as UPAS como componente pré-hospitalar fixo. Houve ainda a implantação da Central de Regulação de Urgência (CR) do SAMU que funciona como um grande observatório dessa rede. Outra contribuição da CR foi a de melhorar o fluxo e o atendimento pré-hospitalar por meio do direcionamento mais

adequado para o paciente desde o acionamento por meio da central 192, até o hospital de referência, otimizando seu tratamento.

A Regulação Médica no Complexo Regulador se divide em duas vertentes: uma regulação das urgências, que é realizada por um médico regulador do SAMU, que atende a área circunscrita da 17ª regional de saúde, que é a área do SAMU Regional Norte, e a outra que dá apoio em alta complexidade para os 97 municípios da macrorregião norte. Um exemplo disso é o SAMU do Norte Pioneiro que tem em Londrina referência de alta complexidade em várias áreas “[...] e temos aqui a central de regulação de leitos especializados, aí sim é uma gestão compartilhada, estado e município [...]” (E1).

Destaca-se que, quando da implantação do SAMU em Londrina, existiam duas centrais de regulação da urgência, uma central estadual que regulava a macrorregião, mas toda a vez que a complexidade era dentro do município de Londrina tinha uma central municipal que fazia essa autorização. Em 2013 as duas centrais foram fundidas e estabelecidas no mesmo ambiente e “[...] a gente passou por um processo bem difícil para poder unificar essas duas centrais [de regulação]” (E4). A partir da unificação, ficou instituído o seguinte fluxo de atendimento:

Tem o regulador de urgência que atende a população, outros serviços de saúde no caso de urgência, e depois desse paciente estabilizado você tem a central de leitos especializados que vai efetivamente buscar leitos, vagas de UTI, vagas em especialidades médicas diversas (E1).

A estruturação da rede de Atenção às Urgências tem sido constantemente aprimorada ao longo de sua implementação, por meio de portarias.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída e reformulada por portarias, estabelece diretrizes para a organização da RUE para que o serviço seja eficaz e consiga cumprir seus objetivos. No entanto, apesar da maioria dos entrevistados afirmarem que a normatização do SAMU atende ao que está estabelecido na Portaria nº GM/MS 2048/2002, sua operacionalização no local de estudo, nem sempre ocorre conforme o estabelecido. As portarias “são bem estruturadas, porém a execução destas é um pouco deficitária em todos os seus aspectos, desde a assistência às ambulâncias ou da regulação e até dos hospitais de referência [...]” (E5), apresentando fragilidades, como efetivo funcionamento dos Comitês de Urgência, a integração entre o SAMU e os outros componentes da RUE.

*[...] quando você fala em comitê que você tem que manter ativo e ele não está. Quando você fala que tem que ter um grupo de urgência e emergência ativo e você não tem, ele não é ativo, [...] Ele faz treinamento, mas até que ponto que está englobando todos os municípios e tudo mais. [...] Eu acho que a estrutura tem, mas a manutenção dessa rede que precisa de melhora [...] (E2).*

Na estrutura organizacional da rede de urgência e emergência, o SAMU é um dos componentes de uma Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde (DUES) da Secretaria de Saúde do município, que está ligada diretamente ao secretário. Nesta diretoria, além do SAMU, também estão vinculadas as UPA, e as outras unidades de pronto atendimento do município.

No início do ano de 2017 ocorreram mudanças no organograma do SAMU, tendo sido extinto o cargo de gerente exclusivo do SAMU. Desta forma, no organograma municipal da RUE, há um diretor de urgência e emergência, uma gerência geral de urgência e coordenadores de urgência em cada serviço (SAMU, UPA, Pronto Atendimentos) e, abaixo desses estão os cargos assistenciais.

Porém, um entrevistado apontou que, na reestruturação do organograma da secretaria, ocorrida há seis meses, houve a transferência da coordenação de frota para outra Diretoria, o que dificultou o andamento do serviço, pois *“o SAMU tem que responder todas as questões referentes à frota, e são resolvidos por lá. Ficou mais lento o processo, e às vezes, a gente acaba ficando com muita baixa de viatura, porque saiu daqui o serviço”* (E6).

O SAMU é composto basicamente de quatro cargos gerenciais: o coordenador médico, o coordenador de enfermagem, a coordenação administrativa e o coordenador médico da central de leitos, que é o elo entre o município e o estado nessa gestão compartilhada.

A CR do SAMU regional de Londrina, conta com quatro linhas telefônicas em funcionamento para chamadas do 192 e quatro Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) por período. Caso os todos os TARM estejam em atendimento telefônico, utilizando as quatro linhas, *“as próximas chamadas vão ficar em espera, mas o telefone 192 nunca emite sinal de ocupado”* (E6). No entanto, uma limitação da CR refere-se a central telefônica que não emite relatório identificando os números de ligações perdidas, e chamando sem sinal de ocupado, também podendo levar o solicitante a desistir devido à demora no atendimento.

A figura do Coordenador Médico do SAMU é responsável por toda a equipe da urgência, organizando a escala de trabalho dos médicos reguladores e intervencionistas.

[...] na verdade ele coordena os médicos em duas vertentes do trabalho, tanto na regulação quanto na intervenção aos médicos que ficam na ambulância. Na maioria das vezes são os mesmos, eles, hora dão plantão na regulação, hora dão plantão da intervenção, essa é a estrutura organizacional do SAMU, isso hoje (E1).

Foi relatada por um entrevistado a dificuldade no esclarecimento dos papéis desempenhados pelos coordenadores na gestão do SAMU. Também, acredita que não esteja claro para os profissionais do serviço essa estrutura organizacional e a quem devem se reportar em situações diversas:

Para os próprios servidores quem eu procuro enquanto gestão do SAMU? [...] eu não sei se está tão clara para os profissionais a estrutura organizacional [...] talvez seja pelo perfil de cada coordenação [...], e apesar de existir um organograma, não está tão clara, se confunde muito (E2).

Outro entrevistado aponta que é preciso ter uma visão macrorregional da estrutura organizacional do SAMU. Relata que recentemente houve a inauguração do SAMU Ivaiporã perfazendo quatro SAMU nesta macro (além de Apucarana, Cornélio Procópio e Londrina). Apenas a CR de Ivaiporã se localiza fora da macrorregião Norte, por meio de um consórcio localizado em Umuarama. A cobertura do SAMU na macrorregião está adequada “[...] nós vamos ter [...] todas as cinco regionais, com os 97 municípios, todos cobertos pelo SAMU [...]” (E5).

Todavia, falta estruturação hierárquica dessas quatro centrais, e nesta macrorregião o polo de referência em alta complexidade é no município de Londrina. O SAMU Londrina, ligado à sua CR, é o mais antigo da região e a hierarquização destes componentes ainda está sendo delineada. Para que isso ocorra, a retomada dos comitês macrorregionais de urgência é essencial, pois pode possibilitar uma melhora na comunicação entre as centrais, gerando um melhor fluxo do serviço e representar um avanço no processo de governança do SAMU com maior integração com os atores envolvidos.

Em paralelo, há a central de leitos especializados que trabalha em outra dimensão, mas que vinculada à regulação de urgência, forma o complexo regulador, uma estrutura única.

Então a cobertura está muito boa, o que está faltando ainda é a estruturação hierárquica dessas quatro centrais, a gente tem que ver que dentro da macrorregião[...] deveria haver uma comunicação melhor com a central de Ivaiporã, com a central norte de Cornélio, Apucarana para que os pacientes chegassem no serviço hierarquizado, mas isso está se desenhando. [...]. Então o próximo passo através de comitês macrorregionais de urgência e emergência é afinar a conversa dessas quatro centrais, aí eu acho que a central de regulação de urgência ela vai andar melhor. Em paralelo a isso fica a central de leitos que vai fazer o contexto como um todo, então somando as duas, o complexo regulador está caminhando para ficar algo mais único (E5).

Outro problema que dificulta a organização do SAMU na região estudada é a falta de entendimento de seu funcionamento pelos serviços de saúde, havendo sempre o questionamento entre os componentes - hospitais secundários, terciários -, por exemplo: *“porque tal paciente está aqui e não lá?”* (E3).

Para a maioria dos entrevistados a concepção do regulador sobre urgência e preferência no atendimento (seja um trauma, uma ocorrência psiquiátrica ou apenas queixa clínica) é apontada como uma dificuldade. Isso se deve ao déficit na formação específica de médico regulador pelas escolas médicas que, na em sua maioria, ainda não adequaram a grade curricular dos cursos. Para um entrevistado, mesmo não sendo uma função *“nova, tem 15 anos e nenhum profissional médico sai de uma faculdade, de uma residência médica, capacitado a essa função, é uma função que a gente ensina quase de pai para filho né”* (E1). Destaca ainda que:

O ministério tem um programa de educação com ensino à distância que é um curso de 20 horas para regulação médica Ele basicamente foca em cima das portarias que não é muito a realidade do dia a dia dos reguladores, é uma dificuldade pela não capacitação desses profissionais (E1).

Para outro entrevistado, além da falta de formação específica, também interfere na concepção do regulador, o perfil do regulador, considerando que o médico precisa ter percepção do contexto e considerar que, muitas vezes, o solicitante não é profissional da saúde. Nestes casos é muito importante que *“as informações sejam muito bem triadas, muito questionadas para fazer uma regulação de boa qualidade”* (E3).

[...] porque o colega médico que faz o SAMU tem que ter um dom, regulação é um dom, tem que perceber critérios rotulados, da ambulância, tem que perceber se o paciente está mentido, isso se chama “feeling” no tratamento e muitos colegas não tem isso do outro lado (E3)

Ainda foram apontadas outras dificuldades pelos entrevistados, como a estrutura física precária da CR, a garantia de recursos para a manutenção do serviço e ainda na própria forma de regulação em que

[...] a dificuldade estaria no quesito de uma forma única de regulação, deles falarem a mesma língua, porque cada regulador age conforme ele acha que tem que ser [...] se você colocar cinco médicos aqui hoje e eu colocar um caso, cada um vai enxergar de um jeito, vai regular de um jeito, então enquanto não tiver uma uniformidade na regulação por parte dos médicos, acho que isso dificulta bastante o trabalho hoje da gente (E4).

Desta forma, organização do componente pré-hospitalar móvel na região estudada enfrenta problemas organizacionais e estruturais, que vão desde o perfil inadequado de profissionais médicos reguladores, passando pela insuficiência no número de leitos hospitalares, do insuficiente número de profissionais, a não estruturação de linhas de cuidado, o não entendimento sobre o funcionamento da RUE pelos próprios serviços que a integram, o não funcionamento dos Comitês de Urgência e como decorrência disso, a não integração entre seus componentes. Essas situações, que serão aprofundadas nos próximos capítulos, podem decorrer de insuficientes mecanismos de gestão e denotam problemas na governança do SAMU, o que contribui para que o mesmo tenha dificuldades para ordenar a rede de urgência e emergência na região.

Estudo semelhante, realizado por Divino (2007) no Rio Grande do Sul, avaliou que o SAMU não atende aos parâmetros da Portaria GM/MS nº 2048/2002 nos aspectos de insuficiência de recursos humanos e materiais, falta de capacitação e despreparo das equipes profissionais e a desarticulação entre as instituições e serviços.

A falta de integração do SAMU com as demais unidades de saúde foi apontada em estudo de Almeida (2007) “[...] porque as policlínicas e os grandes hospitais vêem o SAMU como um serviço que traz mais vítimas para eles atenderem” (pg. 94) e o principal motivo relatado foi a falta de interesse político-administrativo entre os gestores municipais e estaduais para viabilizar essa articulação.

A existência de instâncias de governança institucional, a exemplo do Grupo Condutor Estadual de Urgências (GCEU), (instituído pela CIB – PR de agosto de 2011, Deliberação nº 82), e do Comitê Gestor do Sistema Estadual de Urgência, pressupõe que estes espaços seriam o fórum onde esses problemas possam ser enfrentados e até solucionados, já que se constituem em instâncias representativas de apoio ao

planejamento, monitoramento e avaliação do sistema de urgência (PARANÁ, 2017). No entanto, seu funcionamento, de forma colegiada e cooperativa, não tem sido observado na região estudada, o que denota uma fragilidade do sistema de governança desta Rede.

Em estudo semelhante, Ortiga (2014), apontou que os colegiados de urgência, previstos na PNAU funcionam de modo fragmentando, dificultando a integração da rede assistencial. Esta mesma autora afirma que para o SAMU atuar de forma dinâmica e eficaz é necessário que todo o sistema de urgência e emergência que compõem a PNAU/RUE seja articulado, organizado e funcionando adequadamente e em rede, ou seja, é necessário que os sistemas logísticos, de apoio e de governança, estejam estruturados dando base para o funcionamento da rede de atenção e conseqüentemente do SAMU.

Segundo Fleury e Ouverney (2012), o impedimento do cumprimento da função do Estado na condução do SUS está ligada diretamente com a baixa capacidade do aparelho estatal em desenvolver efetivos parâmetros e instrumentos regulatórios. Esse contexto acaba refletindo, muitas vezes, na submissão aos interesses privados que acabam sendo mais efetivos e altamente organizados. Ainda, esses autores colocam que os parâmetros para analisar a efetividade dos serviços se viabiliza tendo em vista os fundamentos constitucionais do SUS e como o Estado organiza e estrutura de forma adequada uma rede integrada a governança institucional vigente no SUS segundo Mendes (2011, p. 168):

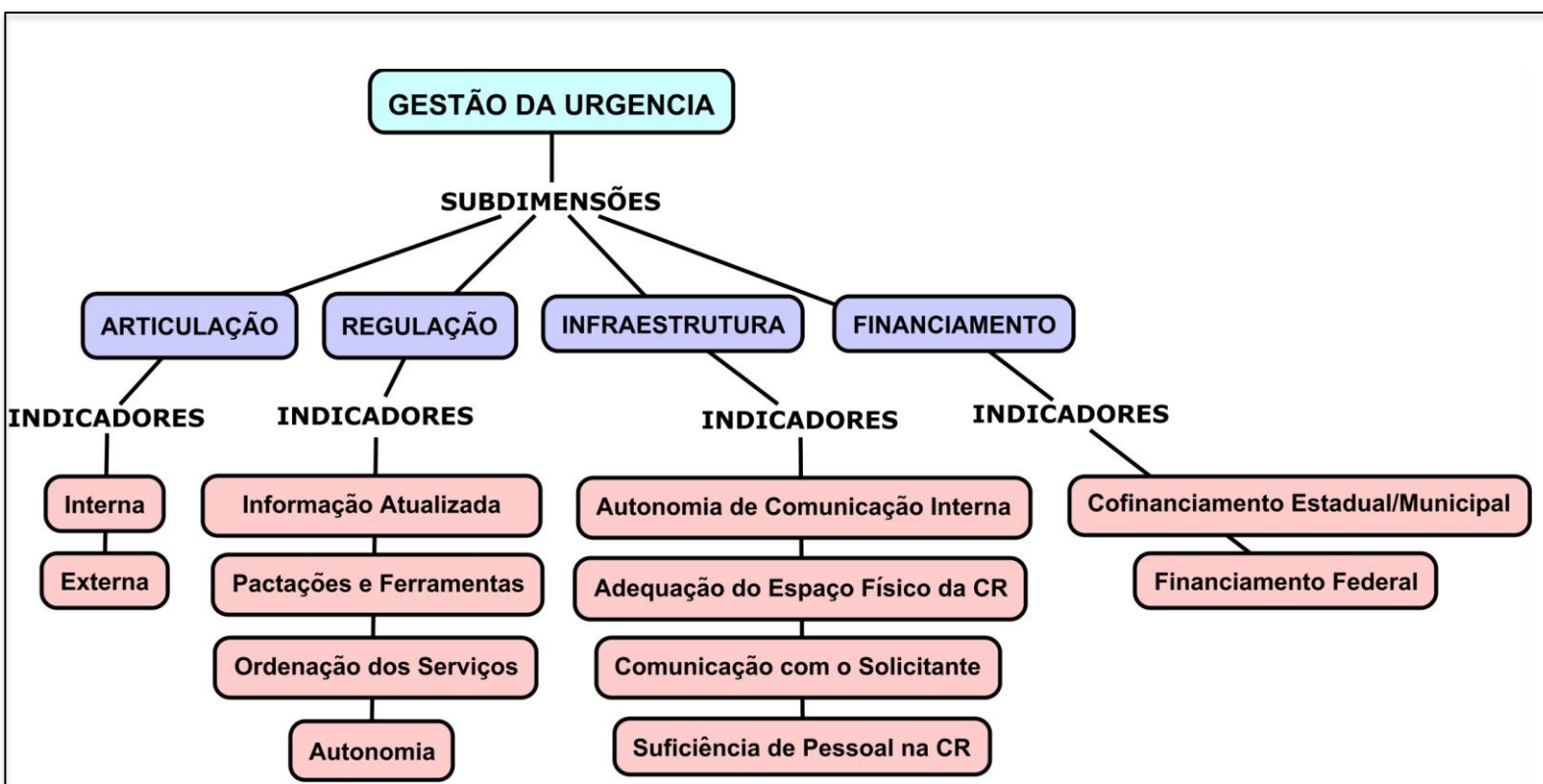
distancia-se do equilíbrio federativo. O poder normativo do Ministério da Saúde, além de quantitativamente dominante, é qualitativamente inadequado num sistema de federalismo cooperativo. A razão disso é que as normas ministeriais são abundantes e, em geral, abrangentes e minudentes, muitas vezes não permitindo uma reinterpretação nos níveis subnacionais de governo para adequá-las às realidades regionais e locais. Há pouco espaço para a unidade na diversidade, marca essencial de um federalismo cooperativo. Em consequência, os diversos brasis reais não cabem na exuberante normativa ministerial centralizada. As normas nacionais devem ser menos numerosas e menos detalhadas para que possam ser recriadas nos níveis subnacionais, segundo a singularidade dos estados e das regiões brasileiras.

## 5.2 GESTÃO DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL DA URGÊNCIA

No funcionamento da gestão da urgência, a governança deve ser exercida em espaços de articulação política, técnica e administrativa, definindo, assim, os rumos e pactuações dos serviços, entre os quais se destacam: aspectos de ordenação da rede, articulação dos serviços com definição de fluxo e financiamento (ORTIGA, 2014).

Na gestão da urgência foram avaliadas as seguintes subdimensões: articulação (SUA), regulação (SUBR), financiamento (SUBF) e infraestrutura (SUBI) e seus 12 indicadores (Figura 2), nos quais serão apresentados os resultados da avaliação e análise conforme medidas e parâmetros (Quadro 1) definidos na MAJ nos próximos tópicos.

**Figura 3** – Representação gráfica da dimensão gestão da urgência com suas subdimensões e respectivos indicadores da MAJ.



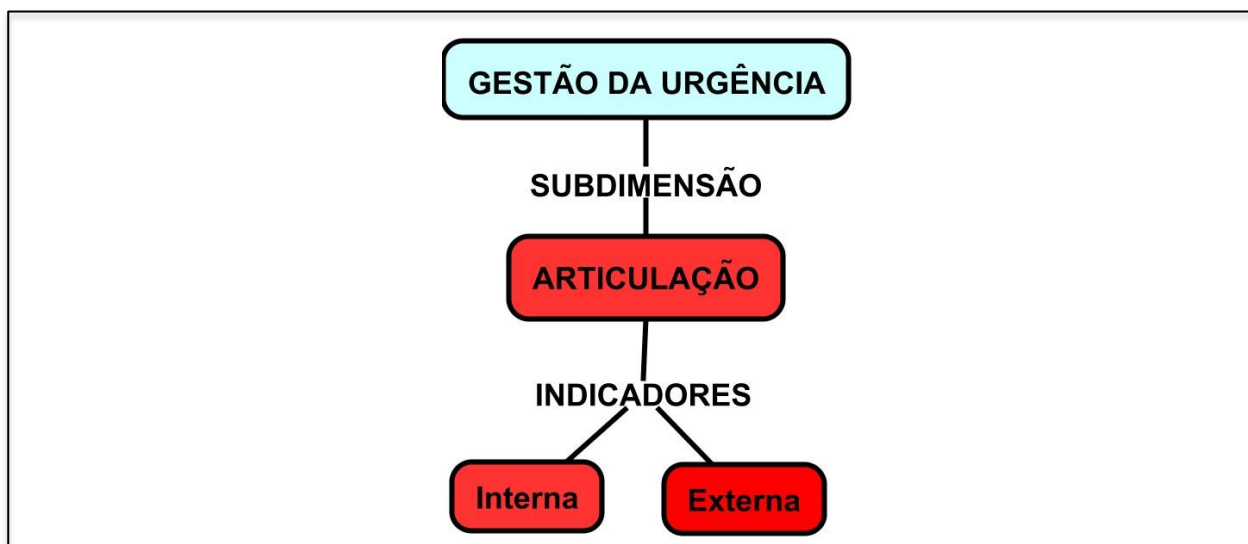
Fonte: a própria pesquisadora.

### 5.2.1 Subdimensão Articulação

Para o adequado funcionamento do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, é necessário a existência de uma gestão e de um sistema de governança que possibilite a articulação entre os entes gestores e os executores das ações, para estabelecer e ordenar interesses. O Comitê Gestor de Urgência e Emergência é o principal mecanismo de articulação (interna e externa) do SAMU, ou seja, dentro e fora do setor de saúde com os serviços de diferentes níveis de complexidade e organização, assegurando assim o atendimento adequado às ocorrências e encaminhamentos dentro da rede (ORTIGA, 2014).

Na pesquisa observacional realizada, ambos os indicadores, articulação interna e externa foram avaliados como ruins (Figura 4), classificação referendada pela análise das entrevistas, pois não se verificou uma frequência regular nas reuniões dos comitês gestores na região estudada. Desse modo a subdimensão articulação da gestão da urgência foi classificada como **ruim**, sendo representados pela **cor vermelha** na figura 4.

**Figura 4** – Representação gráfica do resultado da avaliação da subdimensão articulação e seus respectivos indicadores.



**Fonte:** a própria pesquisadora.

### 5.2.1.1 Articulação interna e externa

A estrutura, atribuições e a composição mínima de representantes para o funcionamento do Comitê Gestor do Sistema de Atenção às Urgências, nos âmbitos Estadual, Regional e Municipal, deve se dar conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 1.864/2003 (BRASIL, 2003a)

Sendo assim, “as Secretarias Municipais de Saúde deverão constituir e coordenar os Comitês Gestores das Redes Municipais de Atenção às Urgências garantindo a adequada articulação entre os entes gestores e os executores das ações” (BRASIL, 2011a, art. 14) e é recomendado que o Comitê Municipal tenha a seguinte composição mínima:

- I - Coordenador Municipal da Rede de Atenção às Urgências;
- II - representantes dos serviços de saúde (prestadores da área das urgências);
- III - representante do Conselho Municipal de Saúde;
- IV - representante do Corpo de Bombeiros, Polícias Rodoviária, Civil e Militar, Guarda Municipal, onde essas corporações atuem na atenção às urgências;
- V - representante da Defesa Civil Municipal;
- VI - representante do gestor municipal da área de trânsito; e
- VIII - conforme a necessidade justificar, representantes da Aeronáutica, Marinha e Exército brasileiros (BRASIL, 2011a, art. 14).

A estruturação e formalização dos Comitês Gestores é pré-requisito para a captação dos recursos federais necessários à implantação do componente pré-hospitalar móvel (BRASIL, 2003a).

Os comitês gestores são importantes para o planejamento do atendimento, principalmente no âmbito regional devido a maior dificuldade da integração das unidades e serviços, visto a existência de interesse de diferentes municípios, onde as realidades dos serviços nem sempre são as mesmas (O'DWYER, 2010).

Na região estudada:

[...] houve várias tentativas de se fazer esses comitês, primeiro assim pela regra nós teríamos que ter o comitê municipal, esses centros de grande porte como Londrina, Apucarana, Jacarezinho, municípios de cada regional devia ter um comitê municipal de urgência e emergência, e cada um deles fazer um plano municipal de urgência e emergência, Londrina eu sei que tem. O próximo passo é juntar todos esses municípios menores e fazer um comitê regional que aí quem seria o responsável seria o SAMU. O SAMU regional é o nosso aqui de Londrina, [...] pensando mais longe

ainda o ideal era depois fazer a junção dos quatro SAMU e fazer um comitê macrorregional de urgência e emergência, então seria discutir a urgência e emergência nas três esferas desde o municipal até o regional (E5).

No SAMU Regional de Londrina, os entrevistados relataram a existência de um Comitê Gestor Municipal de Atenção às Urgências com composição colegiada:

[...] basicamente pelo SAMU e pela Central de Leitos, pela Diretoria de Urgência, representantes da Diretoria de Regulação da Auditoria da Autarquia e pelos responsáveis dos hospitais que estão na área do município de Londrina, os hospitais terciários, hospitais secundários, Hospitais especializados, e ainda os serviços de socorro privados, com acesso a Unimed, [...] os Corpo de Bombeiros e Policias [...] e o Ministério Público [...] (E1).

Há também o Comitê Gestor Regional de Urgência e Emergência composto por representantes: dos hospitais dos municípios da 17ª regional, dos municípios com bases descentralizadas do SAMU e do município sede da Central de Regulação do SAMU.

A convocação dos Comitês Gestores é realizada por representantes municipais e estaduais. *“O comitê municipal é Londrina, o comitê regional quem tem que convocar é a regional de saúde, (nome do diretor da RS) que é a chefe da regional, mas pela rede de urgência ela que pode convocar”* (E5).

Porém, um dos entrevistados refere que exerce a coordenação, tanto do Comitê Municipal, como do Regional, pois *“por eu ser o diretor de urgência eu acabo sendo responsável por chamar, tanto municipal como regional [...] na verdade o regional quando você fala de comitê de urgência (a convocação) é pelo município sede do SAMU regional [...]”* (E1).

Muitos dos problemas, para o funcionamento adequado dos Comitês Gestores, apontados pelos entrevistados são que nas reuniões era *“um encontro só para dizer que tem o comitê e assim não se revolve nada, por quê? Porque eles vêm com queixa do serviço do SAMU, e o SAMU vai com as queixas e ficam trocando acusações e saem sem solução nenhuma”* (E4). A fala de outro entrevistado corrobora essa avaliação, pois os próprios membros participantes das reuniões *“falam que é melhor que não tivesse, porque o resultado dos comitês é quase sempre o mesmo, é uma discussão em relação à sobrecarga e déficit de financiamento e nada se resolveu”* (E5); *“então de verdade ele não funciona [...]”* (E4). Em síntese:

[...] esses comitês acabaram por se tornar sessões de análise, você sai, desabafava, o coordenador ficava na frente escutando, tentando apaziguar os ânimos, muitas vezes não conseguia e o comitê acabava [...] e todo mundo ia para casa e nada mudava (E5).

Nas reuniões eram apresentados os indicadores do SAMU, como o número de atendimentos e os encaminhamentos para os hospitais, porém era gerador de conflitos, pois os hospitais relatavam que o número de encaminhados eram maiores que os apresentados, perdendo muitas vezes o propósito da reunião do Comitê. Para um entrevistado a solução *“talvez (seria) criar um grupo técnico, à parte, para discutir isso”* (E4), os encaminhamentos por meio de vaga zero.

Porém, apesar da existência dos Comitês Gestores Municipal e Regional, os mesmos não se reúnem regularmente. *“O ideal é que as reuniões dos comitês fossem mensais alternando, um mês municipal, um mês regional, [mas] a gente está praticamente dois anos sem reunião nenhuma”* (E1).

Existir, eles existem. Mas ficaram muito tempo desativados. As reuniões eram para ser mais frequentes, mas acabaram caindo em desuso, o pessoal perdeu contato com as reuniões [...] (E7).

Ainda para outro entrevistado os Comitês Gestores de Atenção à Urgência não estão em funcionamento: *“O regional acho que a gente teve uma vez, que eu me recordo que eu participei de um, ele funciona menos, porque ele tem que partir do Estado”* (E4).

[...] não funciona, quando eu estava na coordenação a gente tentou trabalhar isso, eu e o coordenador médico do SAMU a gente tentava levar esses comitês pelo menos para ter uma periodicidade, começamos com quinzenal, mensal, aí depois também se perdeu (E4).

O motivo alegado para inexistência das reuniões por um período tão longo, para alguns entrevistados, foram os problemas relacionados à gestão, dentre essas, trocas frequentes de diretores da DUES, problemas com as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), entre outras dificuldades estruturais.

Acho que foi mais questão política mesmo. Acho que deram prioridades para outras coisas pela Secretaria de Saúde do município e o Comitê acabou que se perdendo. A necessidade e a utilidade direta dele acabaram relegando ao esquecimento (E7).

Porém outro entrevistado aponta que o motivo para o não funcionamento do Comitê Regional foi *“[...] a própria [in] definição enquanto governança da rede mesmo”* (E2). E ainda complementa:

[...] o comitê ele discute processos, mas o GT (grupo de trabalho) discute o trabalho e às vezes os dois acabam se relacionando, mas assim, nós estamos querendo primeiro o plano para poder [...] delimitar ações. [...] o comitê são demandas de fragilidades e participam os prestadores, já o GT são os representantes da CIR. Então para levar essas demandas, precisa de algumas respostas, senão se perde (E2).

Em meados de 2017, o Diretor de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, decidiu reativar os comitês de urgência, convocando os integrantes para uma reunião.

[...] nós retomamos há 15 dias o comitê municipal ficou marcado para próxima quinta-feira uma segunda com esse mesmo já com devolutiva das decisões que foram tomadas há 15 dias [...] (E1).

E o regional vai ser reativado agora no começo do primeiro trimestre (de 2017) [...], mas assim, é uma questão que o (Diretor da 17ª Regional) levantou, o municipal foi reativado agora em maio, em junho era para ter acontecido a reunião, mas não aconteceu (E2).

Na última reunião do Comitê Gestor Municipal de Londrina [...] *as equipes levaram material dos atendimentos em relação às estatísticas de trabalho e os serviços vieram com as estatísticas deles e as queixas deles em relação à forma como o SAMU trabalha com eles né?* (E7), sendo discutidos os indicadores de atendimento do SAMU, conforme orientação das Portarias Ministeriais. No entanto, a tônica das reuniões se manteve, ou seja, *“os serviços ficaram mais criticando o SAMU e o SAMU ficou se defendendo. A reunião, em geral, foi mais isso”* (E7).

Então para que haja uma melhora de comunicação entre os serviços e o SAMU *“depende muito como a reunião é conduzida, se for chegar lá e passar a mão na cabeça de todo mundo, não vai resolver nada”* (E3), já que todos os hospitais têm contratos que devem ser cumpridos. E a função do SAMU é regular a porta entrada de atendimento dos hospitais.

Para possibilitar a articulação externa, além das reuniões periódicas dos Comitês Gestores de Atenção às Urgências, com participação de membros efetivos, é fundamental, que esses Comitês tenham representatividade em outras instâncias colegiadas para validar muitas decisões pactuadas (ORTIGA, 2014).

Quase não houve menção pelos entrevistados em relação aos espaços de articulação externa (CIR, CIB), sendo isto um possível indicador da não participação dos gestores do SAMU nesses espaços.

Já o coordenador do Comitê Municipal de Londrina relata que participa das reuniões do grupo Técnico Estadual, “*sou membro do grupo técnico de urgência e emergência estadual, as reuniões acontecem uma vez por mês em Curitiba*” (E1).

Outro entrevistado aponta que foi reorganizado um grupo de trabalho dentro da CIB regional e um grupo de trabalho Estadual, e que foram realizadas visitas técnicas aos serviços. Esses grupos visam atender as demandas das regionais e construir o plano de ação da Urgência e Emergência.

Desta forma, o resultado **ruim** da subdimensão articulação, tanto interna quanto externa, na região estudada se deve ao não funcionamento adequado dos Comitês Gestores, visto que os mesmos não se reúnem com frequência definida, passando por longos períodos sem reuniões e ainda por não serem resolutivos. Sendo assim, não atuam conforme o preconizado:

O espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências, em suas instâncias de representação institucional que permitirão que os atores envolvidos na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas às estruturas de pactuação do SUS nos seus vários níveis (BRASIL, 2011a, p. 9).

O funcionamento irregular dos Comitês Gestores também foi encontrado por O'Dwyer (2009) em estudo realizado no Rio de Janeiro. Esta autora afirma que os Comitês estaduais devem ser espaços promovedores de acordos e de responsabilidades, porém representações desinteressadas ou destituídas de instrumentos de gestão ou ainda engessadas por questões políticas partidárias, podem ‘desqualificar’ esse espaço.

A falta de resolutividade e credibilidade dos comitês gestores pela maioria dos entrevistados deste estudo é preocupante se assemelha aos resultados de O'Dwyer e Mattos (2012), já que os comitês são espaços fundamentais para a discussão de informações para um melhor planejamento das ações entre os serviços que possibilite um atendimento integral às urgências, incluindo o arranjo das pactuações da rede regionalizada.

A estruturação destes espaços formais de negociação dos comitês gestores está vinculada à institucionalização dos padrões de interação das redes de atenção. Uma

potencialidade a ser desenvolvidas nas redes de atenção é o estabelecimento de regras como instrumento de gestão, já que define os atores envolvidos na governança da rede, sua distribuição de poder, bem como as barreiras de ingresso (FLEURY; OUVRENEY, 2012; BRUIJN; HEUVELHOF, 1997).

O desenvolvimento de planos estratégicos e mecanismos de construção de consenso e de compartilhamento de percepções, bem como o sistema de contratualização, de monitoramento e avaliação estão ligados a governança gerencial das RAS. A percepção efetiva da interdependência pelos atores envolvidos por meio da instituição de instâncias organizacionais de suporte e intermediação relativa aos fundamentos culturais de relacionamento entre as partes envolvidas são mecanismos necessários para o poder decisório das RAS (FLEURY; OUVRENEY, 2012).

Sendo assim, conclui-se que para o SAMU cumprir seu papel e funcione adequadamente, necessita do desenvolvimento de um sistema de governança que garanta a articulação, dentro e fora do setor saúde, assegurando assim o ordenamento da RUE, por meio de pactuações e o atendimento das ocorrências com agilidade e qualidade. Apesar dos avanços decorrentes da implementação da RUE, ainda há vários desafios para serem superados, no contexto de produzir novos arranjos de gestão e governança para as redes, proporcionando ao usuário, maior qualidade e integralidade de acesso e cuidado (JORGE, et al., 2014).

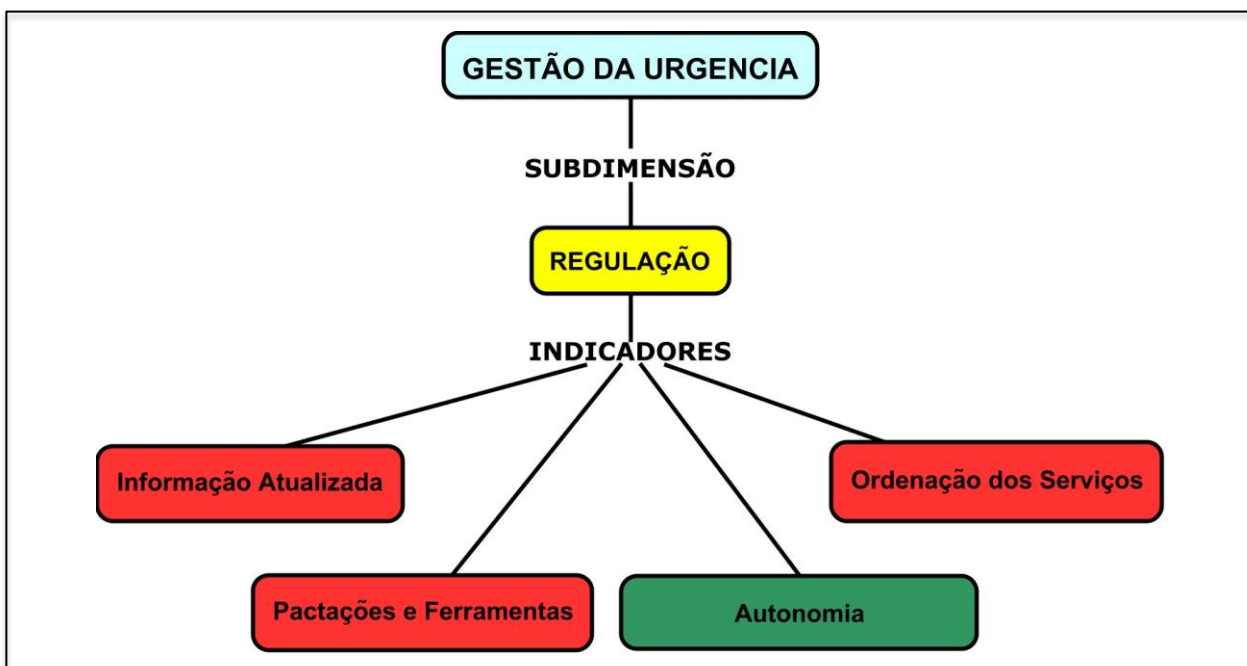
### 5.2.2 Subdimensão Regulação da Urgência

A análise deste item foi organizada em quatro categorias de indicadores: a atualização das informações sobre os leitos, veículos de transporte e resgate disponíveis; a existência de pactuações e ferramentas (grades de referências, protocolos clínicos, mapas de serviços, entre outros) necessárias para que a CR assegure a regulação da urgência; a autonomia do médico regulador como autoridade sanitária e a ordenação dos serviços de urgência (ORTIGA, 2014).

A avaliação da subdimensão regulação da gestão da urgência considerando o resultado dos seus quatro indicadores (três foram classificados como ruins e apenas um

apresentou bom desempenho) obteve desempenho **regular**, representada pela **cor amarela** na figura 5.

**Figura 5** – Representação gráfica do resultado da avaliação da subdimensão regulação e seus respectivos indicadores.



**Fonte:** a própria pesquisadora

### 5.2.2.1 Informação atualizada

Para que o SAMU assegure a regulação da urgência e emergência em tempo real é necessário que o médico regulador tenha acesso a sistemas de informações atualizados que possam indicar a disponibilidade e localização de leitos na rede de referência, além de transporte sanitário e de resgate, o acesso aos dados auxiliam na tomada de decisão dos reguladores (ORTIGA, 2014).

No local do estudo, a avaliação desse indicador identificou a não existência de sistema que possibilite informações atualizadas e de fácil acesso sobre localização de leitos, veículos de transporte e de resgate disponíveis na CR, e por esse motivo foi classificado como **ruim**, sendo representado pela **cor vermelha** na figura 5.

Na Regulação de Londrina, apesar de os serviços não informarem diariamente a disponibilidade dos seus leitos, um dos entrevistados referiu que a CR possui informações devido à existência de uma equipe de auditores da Diretoria de Regulação em Saúde do município, *“que passa diariamente na cidade toda e passa os leitos para nós, geralmente os números são defasados, não são números muito reais, mas a gente consegue ter uma ideia aproximada de quantos leitos tem”* (E7). No entanto,

[...] quando eu transbordo os limites do município, eu passo a não ter essa informação, então eu tenho que trabalhar com a informação que eu recebo de quem está me passando o caso [...]. Dizer que não tem, ou dizer que não tem tal recurso, pode ou não ser verdade, não tem como ter o aferimento dessa informação [...] (E1).

Em 2010, com instituição da RUE, houve a implantação da Central de Regulação de Urgência (CR) do SAMU, que possibilita, em tempo real, uma visão do complexo macrorregional trazendo ao gestor as orientações sobre custo e suas pactuações.

Eu aqui estou em tempo real com a situação da rede de urgência tanto municipal, como regional, como a macrorregional, dentro desse complexo eu consigo ter essa visão macrorregional em tempo real da rede, então a regulação tem essa função de um grande observatório, isso no dia a dia, fora nortear as decisões de gestão, custeio, de pactuações de média e alta complexidade (E1).

O Manual de Regulação Médica das Urgências, considera as Centrais de Regulação de Urgências (Centrais SAMU 192) como:

“Observatório privilegiado da saúde”, com capacidade de monitorar de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo o funcionamento do Sistema de Saúde, devendo gerar informes regulares para a melhoria imediata e mediata do sistema de atenção às urgências e da saúde em geral (BRASIL, 2006, p. 62).

Sendo assim, atuar como observatório de rede é uma atribuição específica do SAMU, sendo um produto da regulação de urgência *“a produção de informações regulares para melhoria do sistema. Essa função exige um sistema de informação estruturado e é uma atividade primordial para a gestão da assistência”* (O'DWER, 2010, p. 2399).

Alguns dos indicadores podem ser gerados e produzidos pelo sistema de informação utilizado na CR do SAMU. Tais indicadores poderiam ser analisados e comparados regionalmente atendendo a expectativa do SAMU por meio da sua CR para que funcione como um observatório do SUS.

O'Dwyer (2009) evidenciou em seu estudo, que os indicadores de desempenho do SAMU não são produzidos regularmente, e conclui que as informações até existem, porém, seu uso se restringe ao gestor do próprio SAMU.

As centrais de regulação exercem papel crítico no desenvolvimento do sistema de governança, já que são capazes de gerar dados e informações sobre os problemas de saúde da população, auxiliando assim nos processos decisórios, que permeiam desde as iniciativas de controle de doenças até o acesso às ações e serviços de saúde, que apresentam grande impacto sobre o sistema de saúde e alto custo para seu financiamento, como os serviços de urgência e emergência no país (BARBOSA, D.; BARBOSA, B.; NAJBERG, 2016).

No entanto, a informação sobre o número atualizado de leitos disponíveis e a sua localização, não ocorre no SAMU da Região pela falta de um sistema de informação dos leitos em tempo real. Para minimizar esse problema, os médicos reguladores baseiam-se em informações repassadas pela equipe de auditores da Diretoria de Regulação em Saúde do município sede. Para os serviços hospitalares localizados em outros municípios, os reguladores se baseiam em informação dos próprios serviços.

Resultados semelhantes foram encontrados por Ortiga (2014) cujo estudo apontou que o SAMU de Santa Catarina não apresenta integração com outros sistemas de informação da RUE, já que os reguladores não tem acesso às condições dos leitos hospitalares, recursos e profissionais disponíveis, ocorrendo a comunicação direta por meio do telefone com os serviços da rede hospitalar referenciada, para o repasse das informações.

O'Dwyer e Mattos (2012), também relatam dificuldade de acesso às informações de outros níveis de assistência, principalmente na atenção básica, nas referências hospitalares e nos recursos institucionais, como transporte e saúde mental.

Outro aspecto em relação aos sistemas de informação é que se mostram insuficientes, na prática, para registrar e avaliar a RUE, devido a indicadores inadequados e ao incompleto preenchimento dos CNES para identificar os componentes da RUE. Apesar do SAMU possuir nas CR um sistema de informação, o mesmo apresenta problemas, especialmente pela não informação atualizada de recursos disponíveis,

fazendo com que o mesmo se mostre insuficiente para articulação com os demais serviços da rede assistencial (JORGE, et al., 2014).

#### 5.2.2.2 Pactuação e ferramentas de regulação

Nesse indicador foi avaliada a disponibilidade de itens/ferramentas internas e externas, essenciais para exercer a função de médico regulador.

O indicador pactuação e ferramentas de regulação foi classificado como **ruim** (sendo representado pela **cor vermelha** na figura 5), já que a CR do SAMU Regional de Londrina não apresenta todas as ferramentas de regulação essenciais ao desempenho dessa função (Quadros 3 e 4) para que os médicos reguladores possam exercer a função de regulação e uma boa gestão dos serviços de urgência, conforme estabelece a Portaria GM/MS nº 2.657/2004 (BRASIL, 2004).

Em relação aos **dispositivos de informação externa e interna (ferramentas de regulação)**, os entrevistados foram questionados quanto ao grau de importância dos dispositivos abaixo listados para exercer a função de regulador na CR. Nas respostas deveriam atribuir uma nota que variou de 0 a 10. Para efeito de avaliação destes dispositivos, foram consideradas apenas as respostas dos médicos reguladores, conforme recomendação da matriz de avaliação utilizada. Não houve grande discrepância na atribuição de importância dos itens, e as respostas dos mesmos foram classificadas em três scores: grau máximo (valor 10); grau intermediário (7 a 9) e aqueles de menor importância para a função reguladora (menor que 07).

**Quadro 3** – Distribuição ferramentas de regulação segundo seu grau de importância para exercer a função de médico regulador na CR.

Ferramentas de Regulação	Valor atribuído
Grades de referências pactuadas de retaguarda;	Máxima Importância
Software, registro de chamadas, linhas telefônicas, rádios;	
Número de unidade móvel em funcionamento;	
Mapas dos serviços de saúde;	
Protocolos técnicos, normativos e de intervenção;	

Listas de telefones úteis;	
Mecanismo de comunicação com outras centrais;	
Planos de catástrofe, múltiplas vítimas;	
Fluxos e/ou protocolos de transferências;	Importância Intermediária
Geolocalização das unidades móveis;	
Controle de tempo de espera;	
Mapas rodoviários do município e região;	
Agenda de eventos.	Menor Importância

**Fonte:** a própria pesquisadora.

A atribuição do grau de importância atribuído pelos reguladores a esses dispositivos de informação não significa necessariamente que os mesmos estejam disponíveis na CR. Foram mencionados que não estão disponíveis para regulação: a geolocalização das unidades móveis; o controle de tempo de espera e o plano de catástrofe e múltiplas vítimas.

O que nós não temos é o protocolo de múltiplas vítimas e catástrofe, [...], A geolocalização também não, a gente gostaria que as ambulâncias tivessem isso, mas não tem. E o número de viaturas operacionais, que é uma realidade que infelizmente a gente tem um número que chega a 13 ambulâncias, mas que tem 05 (em operação) é o normal, poderia melhorar muito (E7).

Na análise observacional, também foi verificada a disponibilidade de ferramentas/itens na CR para o médico regulador e estão apresentadas conforme quadro abaixo.

**Quadro 4** – Existência dos dispositivos disponíveis durante todo o período de funcionamento da CR Regional de Londrina, 2017.

ITENS	SIM	NÃO
Documento que descreve a Grades de referências e contrarreferências detalhadas, levando em conta quantidade, tipo e horário dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço assinada pelos gestores municipais e pelo diretor geral ou médico dos serviços?		X
Documento descrevendo os protocolos de acesso e/ou fluxos de transferências de pacientes?		X

Mapa do município e da região de cobertura da Central de regulação do SAMU, descrevendo: - Localização dos Serviços de Saúde; - Localização das Bases descentralizadas do SAMU; - Outras ambulâncias ou serviços de transporte público ou privado.	X	
Mapa rodoviário do município e da região de cobertura da Central de regulação do SAMU detalhando as estradas e principais vias de acesso?	X	
Agenda de eventos de riscos relacionados a atividades esportivas, sociais, culturais e religiosas?		X
Lista de telefones úteis incluindo os serviços de saúde transporte e resgate necessários ao processo de trabalho da central de regulação do SAMU?	X	
Mecanismos de comunicação direta com outras centrais do SAMU regionais e estadual?	X	
Documento do Plano de manejo de situação complexa, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de responder por setores públicos e privados encarregados (plano de desastre com protocolos integrados entre os agentes públicos e privados responsáveis)?		X
Software possibilita a gravação dos atendimentos realizados?	X	
Disponibilidade de acesso a rádio ou outra forma de comunicação em caso de a unidade estar em local de difícil acesso por telefone?	X	
Registro atualizado e/ou em tempo real que identifique o número de unidade móveis em funcionamento?	X	
Os profissionais médicos que atuam na central de regulação utilizam os protocolos e ou fluxogramas para a fazer teleregulação da urgência (diagnóstico sindrômico)?	X	
Todas as unidades móveis possuem sistema de geolocalização (USB, USAS e VIR)?		X
O software utilizado possibilita o monitoramento do tempo de espera na central telefônica da chamada?		X

**Fonte:** Adaptado de Ortiga (2014).

Dentre os dispositivos disponíveis na CR, os entrevistados enfatizaram o software utilizado e as grades de referência pactuadas. Em relação ao Software (e-samu), o que é utilizado na Regulação do SAMU Londrina foi fornecido pelo Ministério da Saúde. A opção pela não utilização do software MV do Estado do Paraná foi devido às reclamações de outros SAMU quanto à instabilidade do sistema disponibilizado pelo Estado, pois “o software é bom, mas ele é web baseado e tem muita dificuldade de conexão, nem só pela internet aqui, mas pelo backbone da CELEPAR em Curitiba que está no mesmo

*ambiente todos os sistemas do Estado [...]” (E1).* Um dos entrevistados exemplificou essa dificuldade, pois quando um serviço do Paraná, usuário deste servidor, faz uma atualização do seu sistema, todos os outros ficam sem acesso, “*então a gente está um pouco relutante*”. Já o e-samu “*é fácil e intuitivo de utilizar*” (E1), contudo apresenta dificuldades para gestão e geração de relatórios de dados estatísticos.

Mas por exemplo, nós estávamos num trabalho para o comitê de tentar levantar os casos que estão sendo encaminhados de fora de Londrina para cá, eu tenho dificuldade de dizer se é um caso de média ou de alta complexidade, se pensar que são no mínimo 600 ocorrências por dia. O software tem esse limitante. O software do estado ele é melhor informante em termos de qualidade da informação, mas em contrapartida ele está extremamente instável, não estou a fim de correr o risco agora (E1).

Quanto à grade de referência e contra referência pactuada na PNAU, alguns entrevistados manifestaram a existência de dificuldades para o médico regulador exercer a ordenação dos serviços, dentre eles o não cumprimento das grades de referência pactuadas no Plano Diretor de Regionalização (PRD) para alta e média complexidade (MAC). Nesse Plano, editado pelo Estado, é que foram pactuadas as referências para a MAC dentro da Macrorregional Norte. O problema, segundo um entrevistado é com algumas:

[...] regionais aqui vizinhas, principalmente [nome da sede dessas regiões] nos de casos de média complexidade que eles alegam que o profissional daquela especialidade está de férias, que o médico que é especialista, diz assim, ah, mas eu não tenho capacidade técnica para resolver isso, ou ah o endoscopista só trabalha até as cinco, e efetivamente seria obrigação deles da retaguarda (E1).

Apesar de toda a reestruturação ocorrida na CR em 2013, ainda hoje na rede de atenção à urgência, as linhas de cuidado prioritárias do componente Hospitalar da RUE - as de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e de Trauma -, não possuem acesso referenciado instituído na região, (PARANÁ, 2015), o que dificulta o pleno funcionamento do SAMU.

Isso a partir de 2013 que começou a colocar essas portarias em práticas, mas ainda hoje, por exemplo, da rede de urgência, da rede de cuidado de AVC, de IAM, de trauma, a gente ainda não tem uma coisa, vamos dizer assim, pactuada e concreta” (E4).

Para um dos entrevistados as grades de referência pactuadas na política nacional, geralmente são respeitadas, seguindo o fluxo corretamente, porém às vezes as

pactuações não são seguidas. Isso se deve ao fato de alguns hospitais que são referência em MAC não manterem o plantão médico para atendimento em algumas especialidades, o que gera problema para garantir acesso à população às referências pactuadas e habilitadas para determinadas especialidades. *“Muitas vezes esses médicos ficam à distância, praticamente, acho que nenhum hospital fica com esse médico plantonista à disposição ali 24 horas”* (E4).

E isso leva o SAMU a encaminhar esse paciente para um outro serviço que também seja pactuado [nome do hospital] que tem todo esse serviço à disposição por ser o hospital escola. E aí há a muita cobrança desse hospital, porque o hospital X também recebe para fazer, mas ele não mantém a escala [...] (E4).

As grades de referência pactuadas são importantes para regulação médica de urgência, porém há falta de informação de unidades hospitalares conveniadas (públicas e privadas) sobre os recursos disponíveis, em que: *“a gente sabe que uma especialidade ou algum recurso técnico está em falta quando a gente liga para solicitar o recurso e eles falam que não tem. Então as informações não chegam por meios formais”* (E7).

Sendo assim, o médico regulador tenta contornar o problema e encaminha para outro serviço, mas acaba sobrecarregando os demais, por existirem poucos serviços contratualizados com o SUS. Em alguns casos, em que o recurso é único e exclusivo, ocorre o encaminhamento mesmo na indisponibilidade deste, e as direções técnica e clínica daquele serviço têm que garantir o atendimento ao usuário referenciado, porque foi isso que ficou estabelecido na pactuação. Um entrevistado conclui que *“a falta do profissional, a falta do hospital executar o contrato que ele tem com o SUS, faz o sistema não funcionar direito”* (E3).

Apesar dos entrevistados atribuírem grau de importância máximo para os itens: Grades de referências pactuadas de retaguarda; Protocolos técnicos, normativos e de intervenção e Planos de catástrofe, múltiplas vítimas, os mesmos não se encontram disponíveis como ferramentas de regulação. Resultado diferente foi encontrado em estudo de Ortiga (2014) onde todas as centrais de regulações avaliadas no estado de Santa Catarina obtiveram bom desempenho neste indicador.

A Portaria GM/MS nº 2.048/2002 define que:

Ao médico regulador devem ser oferecidos os meios necessários, tanto de recursos humanos, como de equipamentos, para o bom exercício de

sua função, incluída toda a gama de respostas pré-hospitalares previstas nesta Portaria e portas de entrada de urgências com hierarquia resolutive previamente definida e pactuada, com atribuição formal de responsabilidades (BRASIL, 2006a, p. 61).

No presente estudo, constatou-se que a estrutura da CR Regional de Londrina possui um sistema de informação que utiliza um software disponibilizado pelo Ministério da Saúde (e-samu) que além do acolhimento e monitoramento das chamadas do número-192, possibilita a gravação dos atendimentos. Na estrutura da CR também existe o serviço de guarda de prontuários (Relatório de Atendimento do Socorrista - RAS). Resultados semelhantes foram encontrados por Almeida (2007) em estudo avaliativo do SAMU de Recife.

O Manual do Ministério da Saúde de Regulação Médica das Urgências (2006, p.65) aponta que:

A gravação dos chamados dá respaldo a todos: solicitantes, regulador e receptor, no sentido do registro correto e claro das informações, bem como da manutenção e observância de pactos e posturas éticas no trato dos pacientes acometidos por urgência que, pela gravidade do caso, perdem o direito à escolha e são submetidos a tratamentos cuja autorização a sociedade delegou ao médico.

No entanto, o software e-samu não possibilita o monitoramento do tempo resposta efetivo na CR, já que o mesmo não permite a emissão de relatórios estatísticos separados de atendimentos e de gestão, ou seja, não possibilita a classificação e aplicação de filtros por ocorrências (clínicas, psiquiátricas, traumas, transferências) e por unidade de suporte que foi utilizada no atendimento (USA, USB, VIR, Aeromédico). E, além disso, o tempo resposta é defasado, pois muitas vezes os médicos reguladores não encerram a ocorrência no sistema, ficando assim a cargo do Rádio Operador o controle prático do tempo resposta das viaturas. O sistema informatizado realiza uma média diária/mensal do tempo total de todas as ocorrências, não sendo utilizado para dados estatísticos reais do tempo resposta.

Outro problema, não exclusivo deste estudo, é a não consolidação das informações produzidas por diferentes sistemas, nos Estados e municípios, além da falta de indicadores para avaliação local, para detectar os problemas e implementar ações resolutivas nos serviços desenvolvidos nas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais (JORGE, et al., 2014; O'DWYER; MATTOS, 2013).

No estudo observou-se a ausência de rotinas e protocolos implantados, essas importantes ferramentas contribuem para o processo de trabalho dos reguladores, já que amparam, padronizam, adequam e orientam a atuação dos profissionais do SAMU (LANCINI, 2013).

Outro fator preocupante é que as grades de referências e contrarreferências pactuadas na PNAU não são detalhadas, nem respeitadas e não dispõem de quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço. Os principais problemas apresentados são que as unidades hospitalares públicas e privadas conveniadas não disponibilizam informações atualizadas dos recursos disponíveis. E não são cooperativos com a rede, pois não disponibilizam espontaneamente os leitos. E ainda os hospitais de referência para MAC não mantêm médico de plantão para o atendimento, o que gera problemas para garantir acesso à população às referências pactuadas e habilitadas para determinadas especialidades. Nesses casos, sendo o hospital a referência especializada, independentemente de o médico especialista estar presente na unidade, esse deveria receber o paciente e realizar o primeiro atendimento até a chegada do profissional.

As fragilidades apontadas nas pactuações das grades de referência da rede de serviços de urgência dificultam a visualização da capacidade instalada da rede e suas circunstâncias momentâneas não estão disponíveis e de fácil acesso aos médicos que atuam na regulação da urgência. Almeida (2007), em estudo realizado nos SAMU de Recife também encontrou situação similar.

Nesse sentido, a governança das RAS é complexa e apresenta o envolvimento de diferentes atores dos três entes federados, de instituições públicas e privadas, grupos políticos e sociais e de muitos coatores de governança. Os atores envolvidos no processo de gestão apresentam diversos interesses e geralmente são conflitantes. “O governo não é um ator dominante que pode impor unilateralmente seus desejos. Estruturas hierárquicas de centralismo impositivo e de ações de cima para baixo não funcionam em uma rede” (KICKERT e KOPPENJAN, 1999, p.53).

### 5.2.2.3 Autonomia

Nessa categoria se avaliou a existência de designação legal de autoridade sanitária ao médico regulador que atua na CR da Urgência do SAMU, conferido por portaria ou outro documento legal que assegure sua legitimidade. Foi analisado também o que facilita e dificulta sua prática, entre eles o uso do recurso de vaga-zero, definido pela Portaria n. 2048/2002 (ORTIGA, 2014).

A designação de autoridade sanitária além de ter sido conferida pela Portaria nº 2048/2002, foi posteriormente reafirmada pela Resolução SESA-PR e respalda o médico regulador no exercício de sua função reguladora e de autoridade para tomar as decisões e exercer seu papel como ordenador da urgência (PARANÁ, 2013).

[...] praticamente nós temos garantido, porque a estrutura jurídica está tudo bem, porque está legislado, tem liberação do governador que já intitula a gente nisso, então o poder de polícia inerente à autoridade sanitária, então a gente tem essa prerrogativa (E5).

Nós temos um amparo bom atualmente, existem leis estaduais, existem várias portarias, protocolos mesmo que resguardam a função (E7).

Sendo assim esse indicador foi classificado como **bom** (sendo representado pela **cor verde** na figura 5). No entanto, para outros entrevistados a falta de respaldo legal no município sede da CR, que proteja e apoie a ação do regulador, dificulta seu exercício.

Muitas vezes se ele fizer alguma coisa que for questionada por outra entidade, por outro órgão, essa estrutura jurídica que talvez teria que defender a ação do regulador, age ao contrário. Já teve casos no SAMU de punir e não ver o motivo que o levou a tomar determinada conduta, então assim essa estrutura jurídica eu vejo que para atuar na defesa não funciona (E4).

[...] mas hoje o médico regulador ele toma a decisão e está resguardado por ele mesmo né. Não existe um arcabouço jurídico de proteção dessa decisão (E1).

A função do médico regulador enquanto autoridade sanitária é considerada nova, sendo instituída há pouco tempo. A grande dificuldade é o reconhecimento e entendimento pelos demais pontos da rede de *“que o médico que está ali, não está para prejudicar o serviço, ele está ali para tentar achar o melhor recurso a ser utilizado para aquele paciente”* (E7).

Destaca ainda que no município sede do SAMU Regional não existe o cargo de “Médico Regulador” e que todos os profissionais que atuam nesta função foram contratados no cargo de médico plantonista.

Para um entrevistado, o médico regulador exerce sua função de autoridade sanitária, somente para encaminhar pacientes por meio do recurso de vaga zero, já que as outras atribuições do regulador estabelecidas em portaria não são muito exercidas no dia-a-dia da CR.

Assim, muitos usam essa função como autoridade sanitária em um momento de encaminhamento de vaga zero, muitas vezes, essa autoridade sanitária não é só para isso. Talvez identificar alguns pontos de risco, algumas regiões de risco ou até mesmo alguns casos que precisam fazer notificações e que não são feitos. (E4).

A maioria dos entrevistados apontam que o exercício da autoridade sanitária é dificultado pelos serviços, já que os serviços não têm fluxos de recebimento, dos pacientes encaminhados, bem estruturados e estão sempre lotados. Referem ainda que frequentemente os funcionários dos serviços se recusam a aceitar o paciente encaminhado por meio do recurso de vaga zero, e a utilização desse expediente é gerador de conflitos entre gestores, reguladores e médicos de hospitais.

Outra situação de conflito se deve aos casos em que o médico tenha supervalorizado a situação clínica do solicitante. Para os entrevistados isso se justifica pelo fato de que regulador não vê o paciente, não avalia diretamente e trabalha com informações que são repassadas a ele. Então se considera admissível uma tolerância em relação a essas possíveis falhas, porém os serviços dos principais pontos da rede “*que são as portas de entradas dos hospitais terciários não veem dessa forma*” (E4). “*É muito difícil alguém falar: não, pode mandar, está sossegado!*” (E2).

A relação do médico regulador com os profissionais do serviço é geralmente uma “*relação amistosa [...]. A ideia de abordar, explicar e tentar partir para o convencimento é sempre melhor, para tudo, até mesmo para fortalecimento para uma relação futura*” (E7). No entanto, “*existem reguladores e existem médicos em destinos, às vezes, são pontuais alguns problemas*” (E7). Nestes casos é necessário forçar o recebimento do paciente encaminhado pelo SAMU e até mesmo “*envolver força policial para esse tratamento, mas é raro*” (E7).

Os casos de conflitos envolvendo o aceite dos pacientes referenciados aos hospitais ocorrem mais frequentemente com as ambulâncias de suporte básico, cuja equipe é composta por dois socorristas (condutor e técnico de enfermagem) do que com *“a avançada, como tem o médico junto. Como eu só fico na avançada, então não sinto tanto isso* (E2).

No entanto, a maioria dos entrevistados relata que a relação é sempre tensa, e essa situação se deve à imposição pelo médico regulador do *“conceito de vaga zero”* (E5).

Essa imposição se deve ao fato de que a autoridade do médico regulador, na inexistência de leitos, se manifesta por meio da vaga zero, sendo um recurso utilizado rotineiramente no município sede da CR. Este visa garantir o recurso adequado para o paciente, independentemente da existência de leito no serviço.

A vaga zero é uma questão conceitual, de eu colocar o paciente sobre vaga zero naquele serviço onde ele vai ter o atendimento que ele precisa, seja de retaguarda de equipamentos, seja de especialidade médica num lugar que não tem leito! Ele vai ficar internado em um pronto socorro, em uma maca, mas é por conta da situação extrema que ele precisa daquilo. E essa é nossa realidade diária (E1).

Houve referência de que a situação da rede hospitalar da cidade, especialmente a rede terciária está há anos sem expansão no seu número de leitos, há falta de estrutura dos hospitais, além da regionalização e o crescimento da população.

Os hospitais terciários hoje em Londrina são três, há quantos anos não se expande um leito de terciário em Londrina? (E1).

Nós tínhamos uma cidade com 300 mil habitantes, nós temos uma cidade com 600 mil habitantes, nós tínhamos um (hospital da) Zona Sul que tinha 50 leitos, o (hospital da) Zona Norte com 50 leitos, hoje nós temos o Zona Norte e Zona Sul com 100-150 leitos em uma cidade que dobrou de população e as doenças foram evoluindo [...] (E3).

Para driblar a falta de leitos e/ou de recursos humanos e tecnológicos, os médicos reguladores se comunicam e distribuem as vagas zeros entre os hospitais de referência, estabelecendo uma escala. No entanto, de acordo com a necessidade do usuário o médico regulador fará o encaminhamento para o serviço que é referência, conforme estabelece o protocolo de regulação médica do MS e é apontado no excerto:

[...] Primeiro a receber vaga zero pela manhã: Hospital x; segundo: Hospital y e terceiro Hospital z. Se for só por causa do espaço físico é um

para cada um, mas quais as particularidades desse espaço físico? É ausência da tomografia, é ausência da neurologia, ausência de centro cirúrgico, aí vai dançando conforme a música (E3).

Em contrapartida para outro entrevistado, em Londrina, alguns hospitais, mesmo existindo leitos disponíveis, não querem aceitar o paciente de forma direta, apenas como vaga zero, perdendo o seu real significado e utilizando o recurso de forma errada.

Existe uma cultura em Londrina das pessoas quando aceitarem um caso que eles não querem aceitar, são como vaga zero, mesmo existindo leitos, às vezes tem serviços, o Hospital x tem essa característica para eles tudo é vaga zero, não existe a opção de aceite, raramente é feito o aceite direto. Eles deturpam o significado da vaga zero (E7).

Corroborando essa opinião, alguns entrevistados apontam que a utilização do recurso de vaga zero, frequentemente é compreendido e/ou empregado de forma inadequada *“Então se deturpou essa imagem de vaga zero, ficou como um cartão de entrada, com poder de polícia que é intitulado ao médico regulador para que se garanta assistência ao paciente [...]”* (E5).

Em todos os casos em que o SAMU utiliza o conceito de “vaga zero” para alocar os pacientes nos serviços, conforme definido pela Portaria nº 2048/2002, o médico regulador deve enviar uma comunicação informando o serviço que o paciente está a caminho, porém muitas vezes não impede a existência de conflitos nos hospitais.

A autonomia e autoridade centradas no profissional médico se manifestam na regulação, pois é onde são definidos os recursos a serem utilizados tanto no nível interno ao SAMU, representado pelo tipo de ambulância a ser enviada nos atendimentos solicitados e ainda no recurso da rede referenciada, representado pelo acesso ao leito hospitalar ou de emergência. Essa mobilização depende da existência do recurso e do reconhecimento de sua necessidade. Portanto as tomadas de decisões do regulador é um trabalho complexo e resultam em impacto na morbimortalidade (O'DWYER, 2009). Portanto, o médico regulador poder ser apontado como “herói, vilão e vítima, ao mesmo tempo”, indicando assim “o conflito envolvido em regular os recursos existentes a partir de diferentes interesses (dos pacientes, do SAMU e do hospital)” (O'DWYER; MATTOS, 2012, p. 148).

Apesar da necessidade de investimentos em tecnologias leves para qualificação do processo de trabalho, existe uma dicotomia, já que há falta de recursos, leitos

hospitalares. Também apontam para a questão do consumo indevido e real necessidade da utilização desses recursos, se questionando a postura da população de sempre reivindicar o envio de ambulâncias e a não valorização da resolutividade das ações e serviços de atenção básica (O'DWYER, 2010; O'DWYER; MATTOS, 2012).

A Portaria GM/MS nº 2.048/2002, estabelece no seu capítulo II que o regulador além das atribuições técnicas, que se destacam: manter escuta médica e gravação contínua das comunicações por meio do número gratuito 192; identificar necessidades, por meio da utilização de metodologia adequada, e classificar os pedidos de socorro oriundos dos domicílios ou de vias e lugares públicos e julgar a necessidade ou não do envio de meios móveis de atenção (BRASIL, 2006a; O'DWYER, 2009). Também lhe competem funções gestoras, sendo assim o médico regulador das urgências deve possuir delegação direta dos gestores municipais e estadual para acionar os meios disponíveis de acordo com seu julgamento para oferecer a melhor resposta possível ao paciente (BRASIL, 2006a).

Dentre essas atribuições gestoras o regulador deve:

decidir os destinos hospitalares não aceitando a inexistência de leitos vagos como argumento para não direcionar os pacientes para a melhor hierarquia disponível em termos de serviços de atenção de urgências, ou seja, garantir o atendimento nas urgências, mesmo nas situações em que inexistam leitos vagos para a internação de pacientes (a chamada “**vaga zero**” para internação). Deverá decidir o destino do paciente baseado na planilha de hierarquias pactuada e disponível para a região e nas informações periodicamente atualizadas sobre as condições de atendimento nos serviços de urgência, exercendo as prerrogativas de sua autoridade para alocar os pacientes dentro do sistema regional, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência (BRASIL, 2006a, p. 64).

No presente estudo foi constatado que existe designação da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – SESA-PR por meio da Resolução SESA nº 473/2013 que identifica no seu art. 1:

como Autoridade Sanitária o Médico Regulador de Urgência enquanto no exercício de sua função na Central de Regulação Médica de Urgência do SIATE ou do SAMU, para decidir e alocar pacientes na rede de serviços de urgência regionalizada e pactuada, de acordo com seu julgamento, respeitando a melhor hierarquia de serviços de referência disponível, utilizando, se necessário, a prerrogativa da “vaga zero”, para garantir os princípios constitucionais e diretrizes do SUS (PARANÁ, 2013).

Apesar da designação de autoridade sanitária do médico regulador ser respaldada pela legislação do Estado e União, os entrevistados desta pesquisa apontaram que falta estrutura jurídico administrativa, por parte do município de Londrina, que proteja e apoie a ação do regulador, resultado também encontrado em estudo de O'Dwyer e Mattos (2012).

Os achados desta pesquisa corroboram os de vários outros estudos sobre o tema, em que o uso da vaga zero é uma prática muito comum no cotidiano das CR do SAMU, devido a superlotação dos hospitais, insuficiência de recursos tecnológicos e profissionais especializados o que propicia a geração de conflitos entre os profissionais do SAMU e dos outros serviços da rede pactuada (ALMEIDA, 2007; O'DWYER; MATTOS, 2013; VELLOSO, 2009).

No cenário de dificuldades estruturais e escassez de recursos médicos-assistenciais e diagnósticos para garantia de acesso e fluxo do usuário ao recurso referenciado, os profissionais fazem uso das relações pessoais de solidariedade entre colegas médicos, para defender o interesse e reconhecer a dificuldade do outro profissional, trabalhando assim em prol de uma região de saúde e não apenas de um município, mesmo com as dificuldades enfrentadas na sua própria unidade hospitalar (LIMA, 2008; O'DWYER; MATTOS, 2012).

Segundo Velloso (2011), em estudo realizado em Belo Horizonte sobre as configurações de poder do SAMU, aponta que são estabelecidas relações de poder cotidianas, entre os profissionais do próprio SAMU e os profissionais de outros níveis assistenciais da RUE, para o exercício da regulação.

Os resultados apresentados no presente estudo corroboram o de Velloso (2011) e demonstraram que as relações entre o SAMU e os demais níveis assistenciais, apresentam um relacionamento ruim em sua maioria, devido a hostilidade e receptividade inadequada das UPA e unidade hospitalares com pronto-socorro. Para Velloso, Araújo e Alves (2012, p. 130) “[...] a fragilidade dessas relações pode ser percebida como uma forma de resistência ao poder do SAMU”. O SAMU é reconhecido pelos demais pontos da rede como “entregador de problemas” já que os pacientes encaminhados aos serviços de urgência deverão ser atendidos, independente das condições e existência de recursos da unidade (O'DWYER, 2009; ROCHA; VELLOSO; ALVES, 2009)

Os resultados do presente estudo permitem inferir também que a incipiente organização e funcionamento dos Comitês Gestores, e a falta de integração da Rede de Atenção resulta muitas vezes nessa imposição da autoridade sanitária do médico regulador, por meio do recurso de vaga-zero, mecanismo utilizado pelo SAMU para cumprir o papel de ordenador da RUE e garantir acesso referenciado ao usuário (ORTIGA, 2014).

#### 5.2.2.4 Ordenação dos serviços

Para a garantia da função de ordenador dos serviços, a central de regulação deveria ser única para todos os serviços de U/E: SAMU, Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (SIATE), Bombeiros, Polícia Militar; ou seja, todos esses serviços deveriam ter um único número e estar vinculados a uma única central de regulação, como já ocorre nos Estados Unidos.

Na realidade estudada, não há integração desses serviços, razão pela qual o subitem foi avaliado como **ruim** (sendo representado pela **cor vermelha** na figura 5). Foram destacadas, nas entrevistas, as consequências dessa falta de integração, especialmente entre os dois serviços de atendimento móvel pré-hospitalar: SAMU e SIATE.

O acionamento da população a estes serviços (SAMU e SIATE/Corpo de bombeiros) acontece por meio de números distintos (192 e 193 para o SAMU e SIATE respectivamente), o que, para a maioria dos entrevistados, gera muita confusão, pois há *“ligações para cá [SAMU] que eram coisas para o bombeiro, bastante ligação para o bombeiro de atendimentos que basicamente eram para o SAMU”* (E1).

Além disso, o duplo acionamento faz com que possam ocorrer chamadas no SAMU para atendimento ao trauma, mas que acabam sendo redirecionadas para o SIATE, e vice-versa, o que conseqüentemente pode gerar atraso na assistência e no atendimento inicial de urgência.

Por conta da população sim, porque eles ainda não sabem, discernir qual a função do SAMU, qual a função do 193 do SIATE, então as pessoas acabam ligando aqui e tem que ser redirecionadas e solicitadas para que liguem no 193, no caso só de trauma, então isso acaba fazendo uma

confusão sim. Então se a população fosse melhor informada acho que funcionaria melhor (E6).

Porém, um dos entrevistados aponta que o próprio médico regulador deveria ser o responsável por fazer a identificação de uma situação clínica e/ou trauma, não ficando a cargo da população. Isso seria possível por meio da unificação em somente um número para acionamento da população, no qual os reguladores da CR unificada direcionariam os atendimentos, como acontece nos países desenvolvidos: *“fica muito mais fácil, você não precisa pensar em quem eu vou ter que ligar, [...] utiliza um número só para emergência seja ela policial, de saúde ou de resgate”* (E4) e o SAMU e/ ou SIATE, ambos os serviços atenderiam a trauma e casos clínicos.

[...] “então unificar isso em um número só e aí na minha triagem eu vou saber se é trauma, se é clínico, não é a população que tem que saber se é um caso de acidente de moto, se é um caso de tiro, de agressão, de queda de algum lugar, eu ter que ligar para 193 ou eu ter que ligar para o 192, então se ela tem um número único que vai direcionar se é trauma, se é clínico, mas quem vai atender? O SIATE ou o SAMU? (E4).

Para outro entrevistado, com opinião divergente desta, a existência de dois números para o atendimento pré-hospitalar não gera muito transtorno para a ordenação do serviço na CR, pois os reguladores do SAMU obtêm as informações com o solicitante e se definirem que é caso de trauma, há o redirecionamento para o SIATE. Na opinião deste participante também não gera confusão para população, pois qualquer um dos números disponíveis para fazer o acionamento, será atendido por uma das centrais (192 ou 193) e se necessário faz-se a comunicação com a outra central telefônica e são enviadas e/ou redirecionadas ambulâncias do SAMU ou SIATE, e *“se a gente juntar tudo em um telefone só? Como vamos enviar a ambulância deles? Então tem que falar com ele (SIATE) de qualquer maneira”* (E4).

Em relação à perspectiva dessa área, na opinião de um entrevistado, o serviço de atendimento pré-hospitalar prestado com as ambulâncias do SIATE tem tendência de acabar e o SAMU assumiria todo atendimento de APH (clínico e trauma),

[...] eu acredito que isso vai caminhar para extinguir a questão do pré-hospitalar, da ambulância mesmo [...] extinguir o SIATE e o bombeiro ficar só para resgate, só na hora que o SAMU precisar de apoio, para encarcerar uma vítima, para fazer um resgate, está em um buraco, em uma ribanceira [...] então já ouvi do próprio (nome do diretor) [...] do Estado que o SIATE caminha para uma extinção mesmo e o SAMU abraçar isso aí (E4).

Entretanto, hoje somente o SAMU Regional de Londrina, não conseguiria atender todas as demandas necessárias de APH (clínicas e de trauma), pois há problemas na regulação.

Não daria conta porque os casos têm que ser mais bem regulados, tem que ter uma regulação, porque hoje a gente sai para atender casos que são, muitas vezes, uma demanda social e a gente acaba não dando conta disso. [...] Não, não é, só que o médico não quer, vamos dizer assim, assumir essa responsabilidade, então para ele é mais fácil mandar uma ambulância, ele atendeu o paciente” (E4).

E também foram apontadas outras fragilidades na ordenação dos serviços de urgência, *“porque ela [Portaria Ministerial] dimensiona população, ela não dimensiona área geográfica, então eu vejo que teria que ter meio termo ali [...] mas não leva em consideração que a maioria dos muitos atendimentos não é de urgência”* (E2). E o que dificulta são os acionamentos indevidos do SAMU pela população:

[...] se a população fosse esclarecida e só acionasse urgência, ela seria adequada, mas a população brasileira não é esclarecida [...] não sabe usar o serviço. Por ela não saber usar o serviço, a dimensão está errada e pelo espaço geográfico. Agora se ela soubesse usar o serviço, eu acho que estaria certo (E2).

A ordenação e acolhimento das solicitações entre os serviços de urgência e emergência são considerados inadequados e precisam ser mais integrados e estruturados para melhorar e qualificar o atendimento à população, a qual apresenta dificuldades no acionamento dos serviços que permeiam desde a existência de dois números distintos (SAMU e SIATE) e vão até a concepção incorreta do que é um caso de urgência médica, aumentando a demanda de atendimentos.

Também, é possível que a existência de dois números distintos (192 e 193) para o acionamento de serviço pré-hospitalar móvel possa causar confusão para população leiga, o que foi constatado no estudo de Almeida (2007) na cidade de Recife.

É de suma importância que a população leiga seja instruída quanto a responsabilidade de utilização dos serviços por meio de capacitações em ambientes públicos para reconhecer rapidamente as situações clínicas que requerem acionamento rápida do SAMU, reduzindo os riscos e demoras do transporte (VIEIRA; MUSSI, 2008).

Em síntese, os resultados permitem inferir que a função de ordenação dos chamados de urgência, papel atribuído à CR do SAMU por meio da Portaria nº

2048/2002, não acontece conforme descrito na referida portaria, na realidade estudada (BRASIL, 2006a).

Para maioria dos gestores e profissionais, o SAMU é uma política pública eficaz já que apresenta um maior repasse de recursos e cobertura, porém em alguns lugares a implementação do SAMU foi associada a perda de espaço político e de financiamento pelos bombeiros. E ainda a atuação conjunta de profissionais de saúde do SAMU e dos socorristas do corpo de bombeiros no atendimento pré-hospitalar gerou conflitos, devido a dificuldade de entendimento e definição das atribuições de cada ator e serviço (MINAYO; DESLANDES, 2007). É necessária a redefinição de espaços a serem ocupados por estes serviços, “em um cenário onde ambos, talvez, desconhecessem as reais potencialidades e complementaridade em questão e se questionassem sobre o futuro das instituições” (VELLOSO, 2011, p. 89).

Em Curitiba os gestores, conseguiram uma transição entre os dois modelos que permitiu uma boa articulação entre o SIATE e SAMU. O SIATE vinculado ao Corpo de Bombeiros atuava em resgates e prestação de socorro na capital desde 1990 que apresentava uma regulação médica dos chamados, com ambulâncias tripuladas por médicos da secretaria estadual ou municipal de Saúde. Com a implementação do SAMU em 2002 foi possível uma integração dos serviços e o SIATE continuou responsável pela prestação de atendimentos às vítimas de acidentes e violências e o SAMU, de emergências clínicas, ambos são componente do Sistema de Atendimento Municipal às Urgências. Na teoria ao realizar o acionamento de atendimento pela linha 193 do SIATE, a central de comunicação transfere a ligação para a linha 192 (SAMU), onde uma central de regulação médica do SAMU avalia a gravidade da situação e designa ambulância e equipe apropriada para atender ao chamado (MINAYO; DESLANDES, 2007).

Esse modelo de atendimento pré-hospitalar também está operante na região estudada, porém na análise observacional não foi verificada a transferência e acolhimento dos chamados do número 193 para o 192. Essa forma de operar não atende o estabelecido na Portaria 2.048/2002, pois todos os pedidos de socorro feitos a outras centrais, como por exemplo: Polícia Militar (190), Corpo de Bombeiros (193), ou quaisquer outras existentes, deveriam imediatamente ser retransmitidos à CR do SAMU para que sejam adequadamente regulados e atendidos (BRASIL, 2003).

Outra situação é que os bombeiros socorristas do SIATE apenas fazem contato com a CR, por meio de radiocomunicação, após o atendimento e, caso constatem necessidade, solicitam apoio do médico do SAMU no local. Nesses casos, a CR do SAMU Regional de Londrina apenas regula o encaminhamento dos pacientes atendidos pelo SIATE aos serviços referenciados, o que difere do preconizado em Portaria Ministerial, em que “em nenhum caso, estes despachos podem ser feitos sem comunicação simultânea com o regulador e transferência do chamado de socorro para exercício da regulação médica” (BRASIL, 2003, p. 70).

Em estudo de Almeida (2007) é apontada a dificuldade de articulação entre os serviços da rede de atenção às urgências, o que compromete o princípio integralidade do SUS, pois dificulta o acolhimento e redirecionamento dos pacientes quando estes são inseridos na rede pelo Bombeiro.

Uma potencialidade para acolhimento e ordenação dos chamados de urgência pela CR do SAMU apontada pelos entrevistados do estudo é a criação de um centro integrado de gestão e controle, que deveria ser o primeiro passo para uma integração das forças em um futuro próximo, evitando-se assim duplos acionamentos e erros de posicionamento.

O maior desafio na construção do sistema de governança para o SUS é a integração das Políticas de Regulação com as de Atenção às Urgências. No presente estudo constatou-se e é ratificado por meio das falas dos entrevistados para que haja essa integração é necessário a estruturação em diversos pontos fundamentais no âmbito da regulação como: investimento em tecnologia da informação; contratualização junto ao Sistema de Saúde Suplementar regionalmente; repasse de recursos para ampliação da rede pública de saúde; utilização de sistemas de avaliação em saúde com vista ao aumento da resolutividade; financiamento global para a atenção às urgências e não o pagamento por procedimentos realizados; projetos intersetoriais para a redução de riscos que impactam na área de urgência (BARBOSA, D.; BARBOSA, B.; NAJBERG, 2016).

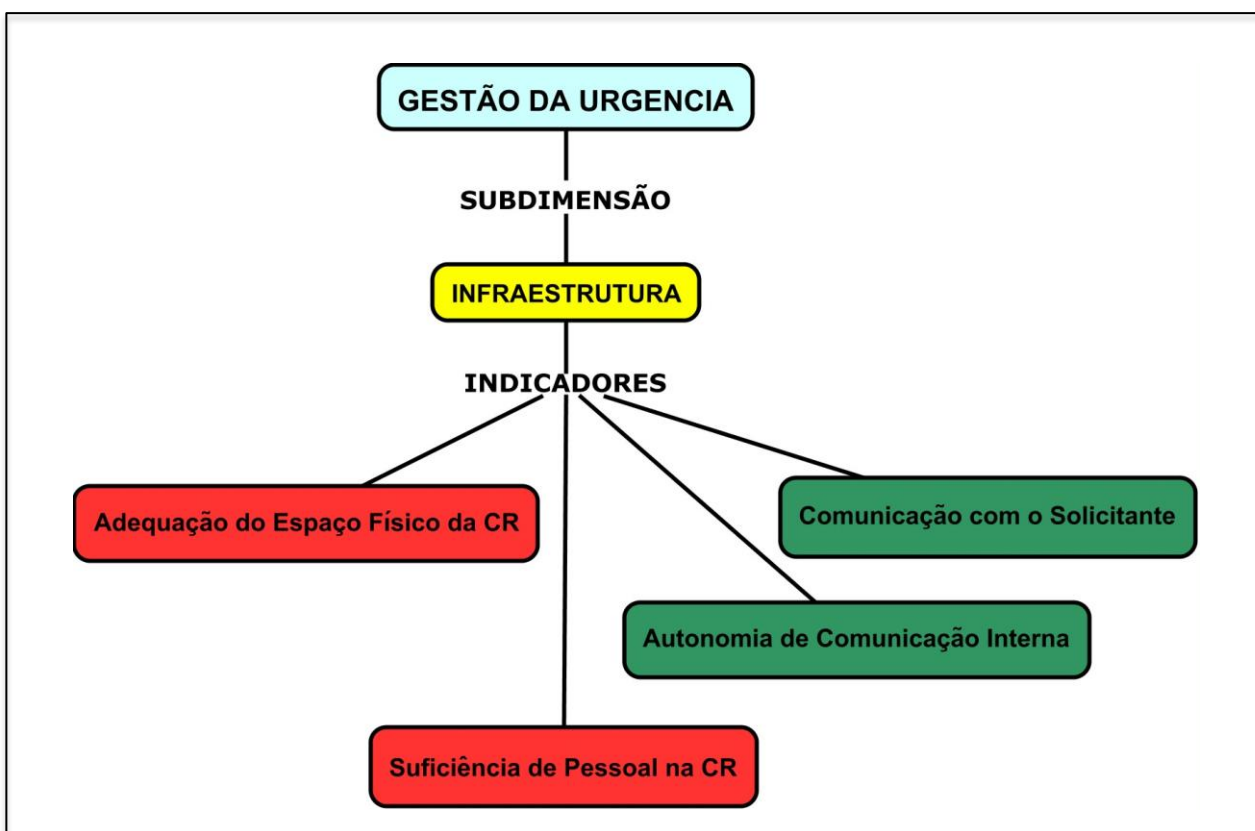
### 5.2.3 Subdimensão Infraestrutura

Para um adequado gerenciamento da CR é necessário um local com infraestrutura física, de comunicação (com as equipes do SAMU, serviços de saúde e usuários) e de profissionais, que correspondam ao porte populacional de sua área de abrangência, segundo parâmetros estabelecidos nas portarias ministeriais.

Neste item foram avaliados e analisados quatro indicadores: Adequação do espaço físico; Autonomia de comunicação interna; Comunicação com o solicitante e Suficiência de pessoal na CR.

A avaliação dessa subdimensão, considerando o resultado dos seus quatro indicadores (dois foram classificados como ruins e dois apresentaram bom desempenho), obteve desempenho **regular**, representada pela **cor amarela** na figura 6.

**Figura 6** – Representação gráfica do resultado da avaliação da subdimensão infraestrutura e seus respectivos indicadores.



**Fonte:** a própria pesquisadora.

### 5.2.3.1 Adequação do espaço físico da central de regulação

Nesse indicador se observou a relação da adequação do número de profissionais (Médicos Reguladores, TARM, Rádio Operador) e o número de estações de trabalho da sala de Regulação, bem como o dimensionamento do espaço físico conforme estabelecido nas Portarias GM/MS nº 1010/2012 e 2.657/2004 respectivamente. Ressalta-se que uma boa relação entre esses itens reflete a preocupação do gestor em proporcionar infraestrutura adequada de trabalho na CR (ORTIGA, 2014).

A CR Regional Norte de Londrina de acordo com o porte populacional da área de abrangência, obteve um desempenho **ruim** neste indicador (sendo representado pela **cor vermelha** na figura 6), pois não apresenta adequação de espaço físico como recomendado na Portaria nº 2.657/2004 e de número de profissionais na função de TARM, como estabelecido no anexo II da Portaria nº 1010/2012 (quadro 5) apresentando um profissional TARM a menos do que recomendado (BRASIL, 2004; 2012).

A sala de regulação é composta por oito estações de trabalho ocupados por três médicos reguladores, quatro TARM e um Rádio Operador para uma população aproximada de 943.434 habitantes, residentes nos 21 municípios da região (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016).

**Quadro 5** - Quantitativos mínimos de profissionais da Sala de Regulação Médica e respectivo número de estações de trabalho, segundo estabelecido na Portaria nº 1010, Brasil, 2012.

População	Médico Regulador	TARM	Rádio Operador	Nº de Estações de Trabalho
Até 350.000	01	02	01	04
350.001 a 700.000	02	03	01	06
700.001 a 1.500.000	03	05	01	09
1.500.001 a 2.000.000	04	06	01	11
2.000.001 a 2.500.000	05	07	02	14
2.500.001 a 3.000.000	06	08	02	16
3.000.001 a 3.750.000	07	10	03	20
3.750.001 a 4.500.000	08	13	04	25
4.500.001 a 5.250.000	09	15	05	29

Fonte: Brasil (2012).

Porém, segundo a maioria dos entrevistados desta pesquisa, a composição das equipes de plantão na Central de Regulação do SAMU Regional Londrina está numericamente adequada com base no que é preconizado pelas portarias ministeriais: *“nós temos três reguladores e quatro TARM nas 24 horas do dia, para uma população de mais ou menos 900 mil habitantes [...]. Tem um rádio operador que também é único [...] assim a central de regulação em si ela está adequada”* (E5) para área de abrangência populacional do serviço.

[...] com relação à Londrina, a gente trabalha em um limite até que razoável, porque nosso SAMU é regional e ele tem um porte populacional, está bem na linha inferior à população, então poderia ter um aumento de população sem ter que aumentar o número de profissionais então na nossa atual gestão está dentro da Portaria” [...] (E4).

Entretanto, na opinião de alguns entrevistados o número de equipes é insuficiente para atender a demanda de atendimentos, já que muitos desses acionamentos são inadequados *“porque entra muita coisa ali no SAMU que talvez não precisasse entrar”* (E4).

[...] o que acontece ao longo do tempo é que a própria regulação do SAMU acabou absorvendo algumas peculiaridades que às vezes sobrecarrega um pouco mais, mas são poucos, é uma porcentagem bem pequena [...] (E5).

Portanto, os números referentes à composição mínima dos postos de trabalho e da equipe de regulação para cada CR do SAMU, apresentado no quadro 10, pode e deve “ser maior na medida em que a demanda evoluir e assim o exigir, pois todos os chamados de socorro devem ser obrigatoriamente regulados pelo médico e não deve haver fila de espera para acolhimento dos chamados pelo TARM” (BRASIL, 2006b, p. 92).

O dimensionamento do espaço físico da sala de regulação deve ser conforme o “tamanho da equipe e o número de postos de trabalho, [...] considerando que cada posto de trabalho utiliza 2 m<sup>2</sup> de área, projetando-se, além disso, os espaços dos corredores de circulação e recuos, além das portas e janelas” (BRASIL, 2004, p. 1) além de apresentar mobiliário, iluminação, isolamento acústico e temperatura adequados (BRASIL, 2004).

Na observação direta também foi possível constatar que a sala de regulação não apresenta sistema de climatização adequada e janelas externas. O sistema de iluminação é por meio de lâmpadas fluorescentes, portanto uma iluminação artificial do

ambiente. O isolamento acústico, também não existe, e devido ao espaço físico da CR ser compartilhado com a Central de Regulação de Leitos Especializados, ocasiona maior barulho e pode atrapalhar a comunicação dentro da sala de regulação do SAMU.

Esses resultados corroboram os achados de Ortiga (2014) que destacou que as salas de regulação do estado de Santa Catarina eram barulhentas e não apresentavam condições ambientais necessárias, dificultando a função dos reguladores. E aos resultados de Gerber (2010) em estudo realizado em Porto Alegre, o qual apontou fragilidades associados ao dimensionamento da sala, como a climatização inadequada e elevada quantidade de informação auditiva dispersada, causada devido a comunicação simultânea dos vários profissionais da CR, no atendimento das chamadas telefônicas e acionamento via radiocomunicação. Além disso, o excesso de ruído dificulta a concentração necessária para a execução de funções com maior complexidade cognitiva, o que pode gerar um fator de estresse, principalmente entre os médicos reguladores que apresentam um maior grau de responsabilidade e requerem um ambiente mais silencioso para as tomadas de decisões.

### *5.2.3.2 Autonomia de comunicação interna*

Neste indicador foi avaliado a infraestrutura de comunicação que inclui contato por meio de canais de radiocomunicação (que devem estar disponíveis em pelo menos 80% da frota) e/ou celulares das viaturas do SAMU, de transporte e resgate e para acesso aos outros serviços de saúde, o que auxilia na operacionalização dos encaminhamentos e transferências intra-hospitalares. A boa cobertura do serviço de radiocomunicação com as equipes das frotas de ambulâncias e serviços de saúde, melhora o tempo resposta da CR (ORTIGA, 2014).

Por meio dos resultados da observação direta, este indicador foi classificado com **bom** desempenho (sendo representado pela **cor verde** na figura 6). Constou-se uma boa cobertura do sistema de radiocomunicação digital entre a CR e as Unidades Móveis do SAMU localizadas no município sede e municípios próximos. Porém, não é possível a comunicação com a integralidade das unidades da área de abrangência da central, devido a própria limitação do alcance da cobertura do sinal via rádio que é estimado em

50 km de distância de estações com bases fixas. Na ausência de sistema de radiocomunicação operante a comunicação é realizada via telefone celular e fixo (baixa frequência).

Quanto à presença de equipamento de radiocomunicação fixo e móvel nas viaturas, este se dá conforme estabelecido na Portaria nº 2048/2002. A cobertura da radiocomunicação na frota de ambulância do SAMU também foi analisada nos estudos realizados por Almeida (2007) em Recife, com resultado diferente deste, em que o sistema de radiocomunicação não era eficiente, utilizava-se telefones celulares nas ambulâncias para melhorar a comunicação com a CR.

#### *5.2.3.3 Comunicação com o solicitante*

Neste indicador foi avaliado a suficiência de linhas telefônicas disponível para cada TARM nos atendimentos das chamadas do solicitante (usuário) por meio do número 192. De acordo com o Manual de Regulação Médicas das Urgências, a proporção adequada é de duas linhas telefônicas para cada TARM, evitando a sobrecarga das linhas disponíveis a população (BRASIL, 2006b; ORTIGA, 2014).

A análise do indicador obteve um **bom** desempenho (sendo representado pela **cor verde** na figura 6), pois na CR estão disponíveis 30 canais digitais para receber ligações simultâneas do número 192, ou seja, os quatro TARM e os 03 médicos reguladores podem atender simultaneamente 07 ligações e mais 23 ligações ficam em linha de espera.

No presente estudo observacional, constatou-se que a estrutura da CR Regional de Londrina possui um sistema de informação com linhas disponíveis com acesso gratuito a população por meio do número 192. Todos os chamados são atendidos pelo TARM e, após a devida identificação e localização do solicitante, são repassados ao médico regulador. Há também a possibilidade:

Nos chamados em que o solicitante necessite apenas de informação que não caracterize pedido de socorro de urgência, o telefonista auxiliar de regulação médica está autorizado a fornecer a informação, se ela estiver disponível em suas ferramentas de trabalho e encerrar a solicitação, sem a interveniência do médico regulador. Caso não possua a informação, deverá repassar o chamado ao médico regulador, para que ele dê a melhor orientação possível ao solicitante (BRASIL, 2004, p.1).

Porém, por meio da análise das entrevistas e nos períodos de observação da CR verificou-se fatores da infraestrutura da CR que prejudicam a comunicação com o solicitante *“o prédio quando chove você não escuta o telefone, o aparelho já está ruim, a condição de escuta, aí chove, a telha é de zinco, então não se ouve nada do que o solicitante fala. Então a estrutura está muito ruim”* (E6).

Também, foi possível a verificação de um problema frequentemente divulgado nos veículos de comunicação, o trote nas centrais telefônicas, corroborando os estudos de O’Dwyer (2009), Ortiga (2014) e Velloso (2011). Achados semelhantes também foram encontrados em estudos de Almeida (2007) que verificou que a quarta causa mais frequente de remoção de ambulâncias era devido a solicitações enganosas. Na CR de Londrina o número de trotes foi estimado em 15% das ligações, o mesmo resultado foi encontrado na pesquisa de Ortiga (2014). O sistema informatizado permite a identificação dos números de origem dos chamados, sendo o recurso muito utilizado nos casos da perda de ligação com o solicitante.

#### *5.2.3.4 Suficiência de pessoal na central de regulação*

Nesse indicador se avaliou a carga horária de médicos reguladores necessários para a CR, segundo a Portaria nº 1.010/2012. A quantidade, a qualificação dos profissionais, bem como o vínculo empregatício estável e a baixa rotatividade dos médicos proporcionam uma maior eficácia dos serviços da RUE e diminui o tempo de espera das chamadas e pode evitar sobrecargas de trabalho (ORTIGA, 2014).

Para uma adequada regulação da urgência é necessário que o número de médicos escalados seja conforme o porte da CR, e quanto melhor esta relação, menor será o tempo de resposta e espera para atender as solicitações de atendimentos (ORTIGA, 2014).

O indicador avaliado foi classificado como **ruim** (sendo representado pela **cor vermelha** na figura 6), já que a CR do SAMU Regional de Londrina, de acordo com a quantidade de habitantes da sua área de abrangência não apresenta, em todos os períodos, a carga horária suficiente de médicos reguladores, conforme estabelecido na Portaria nº 1.010 (quadro 6). Na pesquisa documental das escalas médicas do período

de janeiro a dezembro de 2017, foi verificada várias fragilidades, como a falta de profissionais principalmente em finais de semanas, feriados e nos períodos matutino e vespertino.

**Quadro 6** - Quantitativos mínimos exigidos de profissionais médicos na CR de acordo com seu porte populacional, conforme estabelecido na Portaria nº 1.010, Brasil, 2017.

População	Nº de Profissionais Médicos Reguladores (MR)		Número Total de Profissionais
	Dia	Noite	
700.001 a 1.500.000	3	2	5

**Fonte:** adaptado de Brasil (2012, anexo I).

Os entrevistados apontaram que se o SAMU Regional de Londrina apresentasse “[...] os números, (definidos) pela portaria [...] se nós tivéssemos a rede como tem que ser feita, se tivéssemos a equipe suficiente para fazer isso, eu acredito que nós daríamos sim conta da rede regional [...]” (E7) atendendo a demanda de solicitações.

Nós teríamos que ter três médicos reguladores de urgência, dois médicos reguladores de central de leitos, três médicos intervencionistas. Nós temos ainda a opção de um quarto médico, membro do helicóptero para transporte aéreo, Aeromédico (E7).

“Contudo o número de funcionários, de colaboradores é muito inferior ao que deveria ser” (E7), em que a prefeitura de Londrina é responsável pela contratação, e atualmente não existe concurso vigente para os cargos, principalmente de médicos reguladores, o que ocasiona sobrecarga do serviço e dos profissionais.

Hoje eu tenho um déficit de médicos que na verdade o que aconteceu, com a regionalização a gente aumentou o porte da central. Então passei a precisar de mais reguladores, pois eu aumentei mais uma Unidade de Suporte Avançado, então precisou de mais um médico 24 horas e agora desde o ano passado efetivamente o serviço Aeromédico então precisei de mais um médico, então o serviço cresceu, mas o quantitativo de profissionais [contratados] não cresceu na mesma velocidade (E1).

Assim como referido pelos entrevistados, o número de profissionais médicos escalados nos plantões muitas vezes não está adequado, “[...] a gente não consegue completar a carga de médico regulador, de médico intervencionista por falta de

*profissionais [...]” (E4). “Eu tenho um déficit de 15 médicos e a gente cobre basicamente com hora extra” (E1). Mas:*

*[...] como a maioria são médicos antigos fazem pouca hora, porque extrapola o teto de horas e eles acabam não recebendo essas horas, então entra no banco de horas ou no redutor e eles perdem, então assim não consegue ajudar muito [...] (E4).*

Desta forma, quando os médicos escalados no plantão estão em quantidade insuficiente, devido ao déficit no número total de médicos lotados no SAMU, ocorrem situações em que não há possibilidade de cobertura mesmo com hora extraordinária. Então o médico que está na função de regulação, também tem que atuar simultaneamente como médico intervencionista, ou seja, fazer atendimentos das ocorrências nas Unidades de Suporte Avançado, além de regular e gerenciar os acionamentos e encaminhamentos da RUE.

De acordo com a Portaria nº 2048/2002, as equipes de saúde do SAMU deveriam apresentar médicos reguladores e intervencionista já que apresentam diferentes atribuições:

**Médicos Reguladores:** médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, quando estes acionam a central de regulação, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos e da faculdade de arbitrar sobre os equipamentos de saúde do sistema necessários ao adequado atendimento do paciente;

**Médicos Intervencionistas:** médicos responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte (BRASIL, 2006a, p. 83).

No entanto, apesar de no SAMU em estudo, haver escala separada para médicos reguladores e intervencionistas, a eventual cobertura de um médico que está escalado como regulador para atender uma ocorrência (para atender como intervencionista) não prejudica a qualidade do atendimento médico, visto que o mesmo ora está escalado para uma função, ora para outra. Ou seja, ambas as funções são desempenhadas pelos mesmos profissionais. O que estaria em desacordo, seria o número insuficiente de profissionais médicos atualmente lotados no SAMU. Resultado semelhante ao encontrado por Almeida (2007) em estudo no SAMU de Recife. Pesquisa realizada por Divino (2006) na cidade de Rio Grande no estado de Rio Grande do Sul, apontou a

existência de apenas um médico por plantão que atua como regulador e intervencionista, o que é inadequado, mesmo sendo a área de abrangência menor do que a estudada.

Um dos entrevistados reivindica a necessidade de aumentar em mais um o número de médico regulador, perfazendo um total de quatro. Argumenta que devido ao grande número de regulações atribuídas que entram diariamente na CR para o médico, o qual é responsável por fazer o gerenciamento de toda a rede de urgência, além das ambulâncias de suporte básico e avançado do SAMU da região que fazem os atendimentos terrestres, tem ainda o serviço do Aeromédico.

Pelo número de regulações também, porque às vezes você está regulando tudo isso em três (médicos) e tem mais o helicóptero, você tem que pedir vaga, tem que pedir básica ir buscar, você tem que gerenciar o terrestre do paciente até o leito, transporte terrestre até o aéreo e depois do aéreo até o terrestre de volta, então se gasta muito tempo [...]. Então o quarto médico faz muita falta na regulação (E3).

Em relação a **qualidade técnica da equipe da CR** para a maioria dos entrevistados foi apontada como uma dificuldade, principalmente pela falta de cursos e capacitações que consigam abranger todas as categorias profissionais.

A qualidade técnica é muito discrepante, nós temos médicos excelentes, temos médicos não tão bons [...], isso em todas as categorias: médico, enfermeiro, auxiliar, motorista, assistente técnico de regulação. Então há uma heterogeneidade muito grande (E5).

Para um dos entrevistados, o que minimizaria esse problema seria a educação permanente, por meio do “*núcleo de educação permanente de urgência*” (E5). No entanto, “[...] *faz três meses que eles estão parados, então enquanto não houver uma educação permanente você não vai conseguir homogeneizar uma equipe*” (E5).

Com opinião divergente, para outros entrevistados, a qualidade técnica da equipe é “*boa, é facilidade. Pessoal é bem capacitado. Mas, claro sempre tem exceções em todo o serviço*” (E7).

Eu talvez tenha aqui os melhores médicos da autarquia hoje, muito porque eles vão ficando, [...] são colegas que já estão aqui há algum tempo, a maioria são especialistas, tem bastante experiência, então eu acho que uma amostragem de qualidade técnica, muito especial comparado com outros serviços da autarquia (E1).

A qualificação dos profissionais médicos também foi analisada na pesquisa observacional/documental e aponta que, apesar de todos os profissionais médicos

atuarem há mais de um ano no SAMU, apenas 30% destes apresentam formação em urgência e emergência ou áreas afins, conforme os resultados descritos no quadro 7:

**Quadro 7** - Distribuição da qualificação e do tempo de atuação dos profissionais médicos da CR do SAMU Regional Norte de Londrina, 2017.

Qualificação Médico da CR	Número de médicos
Número de médicos lotados e trabalhando na CR do SAMU que possuem qualificação na urgência (formação/curso de pós-graduação nas seguintes áreas: urgência, emergência, unidade de terapia Intensiva, unidade coronariana anestesia e medicina interna)	12
Número de médicos lotados e trabalhando na CR do SAMU que possuem qualificação na urgência (com no mínimo 1 ano de experiência nas áreas nas seguintes áreas: urgência, emergência, unidade de terapia Intensiva, unidade coronariana anestesia e medicina interna).	40
Indicar quantos atendem os dois requisitos formação e experiência de 01 ano no mínimo.	12

**Fonte:** Adaptado de Ortiga (2014).

Outro item de extrema relevância e que pode dificultar o trabalho e conseqüentemente a qualidade técnica na CR é a **rotatividade dos reguladores na CR**, porém, grande parte dos entrevistados considera que o SAMU de Londrina não apresenta esse problema.

[...] a rotatividade é baixa no SAMU, temos uma equipe mais fixa, poucos saem e entram com a gente. Já faz 02 anos a equipe é quase a mesma (E7).

Não, muito pouca, como eu trabalho basicamente com 100% de servidores municipais de carreira, aqui talvez seja de todos os serviços que estão na diretoria (de urgência e emergência) onde eu tenha menos rotatividade de profissionais médicos (E1).

Em relação ao tipo de **vínculo empregatício** dos médicos reguladores foi apontado como facilidade, porque todos os reguladores trabalham em regime estatutário e são servidores públicos municipais e alguns estaduais. Sendo considerado [...] *“atualmente o melhor vínculo, o mais imparcial ao serviço. Os vínculos anteriores que eram por CLT, eram complicadas as formas de contratação e formas de trabalho”* (E7).

Porém na opinião de outro entrevistado o vínculo estatutário pode ser visto como um gerador de problema, já que: *“às vezes quem é estatutário é mais difícil de quem é contratado, porque quem tem contrato tem que fazer [...]”* (E2).

E ainda para outro entrevistado, o fato de haver médicos reguladores com vínculos do município e do Estado *“gera bastante conflito porque eles são submetidos a chefias diferentes, a regimentos diferentes o que acaba dificultando o processo”* (E6); *“o quanto isso atrapalha o processo regulatório [...]”* (E2).

A qualidade técnica da equipe foi relatada pelos entrevistados como uma fragilidade, pois apontaram que não receberam capacitação no ingresso do serviço, mas sim auxílio dos próprios colegas profissionais mais experientes. Constatou-se no presente estudo que são poucos os profissionais que conseguem participar de cursos de educação permanente pelo Núcleo de Educação em Urgências (NEU).

Durante todo o período de trabalho na CR os reguladores estão sob muita pressão e acolhem inúmeras e uma diversidade de solicitações simultâneas. E ainda, grande parte das faculdades de medicina não apresentam em seus currículos conteúdos que abrangem esse tipo de atendimento, o que muitas vezes ocorre é o despreparado dos médicos, que acabam *“aprendendo”* a regular no próprio serviço, com treinamentos e capacitações disponibilizadas pelo MS e pelo Núcleo de Educação de Urgência (NEU) (VELLOSO, 2011).

Em estudo avaliativo realizado por Lancini (2013) no SAMU de municípios pertencentes a região metropolitana de Florianópolis, verificou-se uma elevada proporção de profissionais que participavam de cursos e capacitações do NEU o que reflete em maior qualificação no atendimento prestado. No entanto, uma realidade diferente foi encontrada em estudo de Almeida (2007) em que os cursos de certificação para os profissionais do APH (Atendimento Pré-Hospitalar) móvel não apresentavam as exigências mínimas do MS em relação a grade de temas e carga horária. E uma realidade ainda mais alarmante foi encontrada em estudo de O'Dwyer (2012) no SAMU do Rio de Janeiro onde os núcleos ainda não haviam sido totalmente implantados e desenvolvidos.

As práticas profissionais podem ser transformadas por meio da reflexão crítica do processo de trabalho com propostas e enfatizando as necessidades locais por meio da educação permanente. É importante apontar que em 2012 em todo o país foi

disponibilizado uma capacitação em APH móvel e fixo a todos os trabalhadores do SAMU, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) (LANCINI, 2013).

Apesar das dificuldades apontadas, fatores como o vínculo empregatício e a baixa rotatividade foram apresentados como facilidade. Já que todos os médicos que atuam como reguladores do SAMU são contratados como médicos plantonistas e admitidos por meio de concurso público, sendo servidores municipais com plano de carreira.

Diferente desses resultados, vários estudos relatam a precariedade de vínculos empregatícios na contratação de médicos do SAMU, que não apresentavam vínculo empregatício estável. A maioria são realizados por contratos por período determinado ou por meio de serviços terceirizados, criando um sentimento de instabilidade e desvalorização profissional. Esse fator contribui para que os reguladores não se sintam envolvidos e vinculados a função a ser exercida, acarretando um elevado índice de rotatividade desses médicos. Isto passa a ser um gerador de problemas na qualidade do trabalho exercido, já que o tempo de permanência no cargo não é suficiente para o médico desenvolver as habilidades necessárias para o bom desempenho de sua função reguladora. Outro problema apontado é que os mesmos acabam buscando outras oportunidades de emprego mais estável, e o emprego no SAMU em estudo realizado no Rio de Janeiro é considerado um “bico”, transitório e secundários pela categoria profissional naquela região (ALMEIDA, 2007; GERBER, 2010; LANCINI, 2013; O'DWYER, 2009).

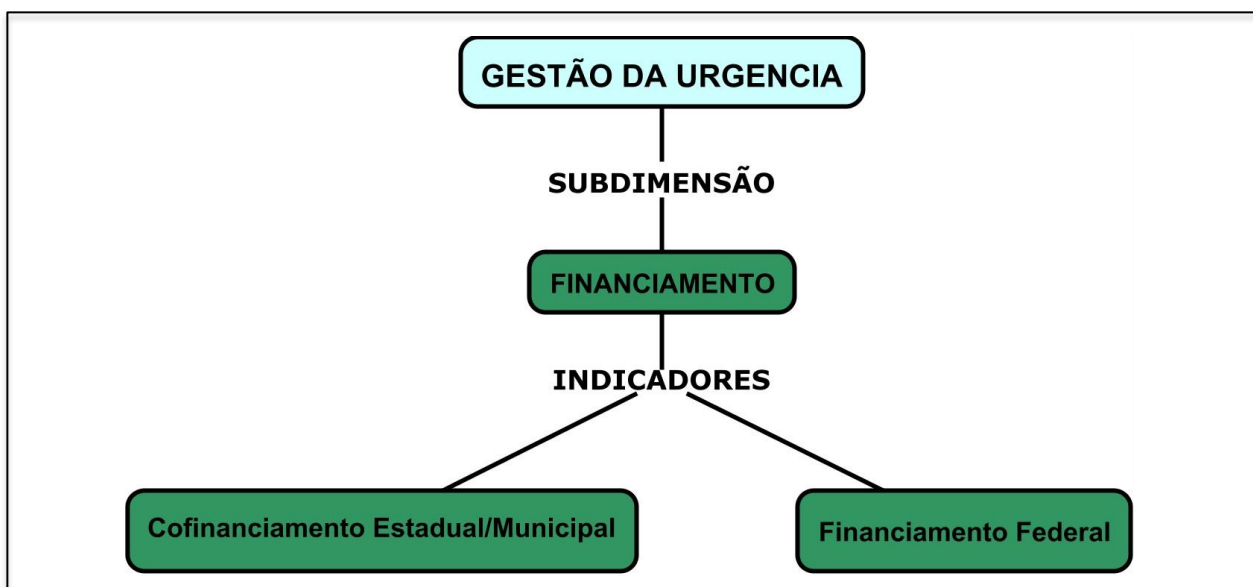
#### 5.2.4 Subdimensão Financiamento

O financiamento é uma condição imperativa para o adequado funcionamento do serviço, o qual possibilita uma boa gestão da urgência. Para que o serviço móvel de urgência receba os recursos a ele destinados, alguns requisitos estabelecidos nas portarias ministeriais devem ser atingidos. Estados e municípios, a critério próprio, podem ofertar incentivos além dos fixados pelo Ministério da Saúde para otimizar o funcionamento do serviço (ORTIGA, 2014).

Nessa subdimensão os indicadores **Financiamento Federal** e o **Cofinanciamento Estadual/Municipal**, foram avaliados como **bom** (sendo

representado pela **cor verde** na figura 7), porque todas as unidades móveis (USA, USB) dos municípios da Região e CR recebem os 50% dos recursos para seu custeio do Ministério da Saúde, por meio de incentivos de habilitação e qualificação. E o recurso estadual pactuado em CIB custeia 50% do financiamento das CR e USA, no entanto, não custeia os 25% das USB, como estabelecidos em portais ministeriais, ficando a cargo dos municípios.

**Figura 7** – Representação gráfica do resultado da avaliação da subdimensão financiamento e seus respectivos indicadores.



**Fonte:** a própria pesquisadora

No entanto, divergente desta, alguns dos entrevistados apontam que o custeio do Complexo Regulador é deficitário da parte dos governos federal e estadual, cabendo ao município de Londrina grande parte do aporte financeiro do mesmo. *“Investimento tripartite, 50% federal, 25% estadual e 25% municipal né?! O último cálculo que nós fizemos, Londrina chegou a quase 40-45% do custeio de cada unidade, quase a mesma quantidade que o governo federal repassou [...]”* (E5).

[...] ele é muito mal custeado pelo Ministério, porque a gente recebe de recurso mesmo sendo um SAMU habilitado e qualificado hoje, ele é muito menos do que a portaria previa, o ministério não é sócio com 50% aqui como ele deveria e nem o estado com 25%, esse valor é fixo, baseado nas últimas portarias, que é uma portaria de 2013 que reajustou os valores [...] E o complexo custa muito mais que aquilo. Hoje o município de

Londrina gasta alguns milhões de reais por ano para sustentar esse complexo [...] (E1).

A questão de repasse financeiro de outras esferas é bastante polêmica, não havendo consenso entre os entrevistados. Para um dos entrevistados o Governo do Estado do Paraná é um dos poucos estados da federação que repassa para o Fundo Municipal Saúde de Londrina o custeio do suporte avançado juntamente com o governo federal:

[...] ou seja, 50% do suporte avançado, 98 mil e alguma coisa, 50% a União banca pela portaria, 25% seria obrigação do Estado e 25% do município. Em Londrina são 50% da União e 50% do Estado, então assim, o município de Londrina não tira um centavo do bolso para custear o suporte avançado, então nós temos quatro suportes avançados em Londrina hoje, que são as três unidades de suporte terrestres e mais o suporte avançado Aeromédico (E4).

As quatro viaturas de suporte avançado estão habilitadas e qualificadas pelo Ministério da Saúde, porém o helicóptero ainda está em processo de habilitação. O custeio do serviço Aeromédico pelo município de Londrina é com recursos humanos (médicos e enfermeiros) e os insumos (medicamentos, material médico-hospitalar e oxigênio); já o custeio com operacionalização do serviço é de responsabilidade do Estado, por meio de uma empresa contratada, que faz seu gerenciamento.

A questão apontada pela maioria dos entrevistados é de que o repasse dos entes federados para o financiamento do SAMU não é suficiente para atender suas necessidades, como a **manutenção de frotas** *“praticamente não existe, a gente não tem uma manutenção preventiva; geralmente se destrói para depois tentar arrumar [...]”* (E4), os **custos operacionais**, e os atrasos e a falta de materiais.

[...] mas o grande problema nosso é a manutenção e a falta tanto de veículos quanto de materiais que nós usamos, se precisar não tem contrato para manutenção, então é tudo feito de forma improvisada, tudo é feito da forma mais da confiança em contatos indiretos com colaboradores para fazer alguns consertos necessários (E7).

Exemplificado: *“a gente tem ambulância quebrada, baixada, ambulância batida aguardando liberação para o conserto, pneus às vezes careca, sirene sem funcionar, então a impressão que dá é que o recurso não é suficiente”* (E3). Outros acreditam que o motivo seja, que o recurso *“não é destinado somente para aquilo que ele vem”* (E2); *“se fosse aplicado todo no SAMU eu acredito que seria suficiente”* (E6).

[...] porque todo dinheiro que vem para o SAMU é gasto no SAMU na prática? Eu não sei te falar, se tudo isso é gasto no SAMU, se é dividido em outro serviço, se tem outra pactuação que usa a mesma fonte de recursos, eu não sei te falar hoje em dia como está, mas o que a gente percebe, é que o recurso não dá (E3).

E consideram como o maior entrave para o financiamento do serviço, problemas na gestão do recurso do que no valor propriamente dito: “*a gestão desse dinheiro que é feita de forma errada*” (E4); “*acho que o dinheiro ir para a conta conjunta da secretaria é uma coisa complicada, porque esse dinheiro se perde no meio do fluxo, que é um fluxo enorme da secretaria*” (E7).

Segundo os entrevistados, esses problemas no financiamento do SAMU podem ser devido aos recursos destinados para o SAMU serem repassado em conta geral do Fundo de Saúde do Município, pois existem diversos recursos provenientes do MS e do Estado, fixados em portarias e é necessário o cumprimento de alguns requisitos, porém não se consegue cumprir por falta de recurso:

[...] mas não que não venha o recurso, porque o recurso talvez esteja sendo empregado em outra situação, por exemplo, em relação aos médicos, o recurso que vem seja pouco, mas como eu tenho um recurso direto para o SAMU o que sobraria do recurso do suporte avançado eu conseguiria agregar e manter a regulação, mas como esse dinheiro não vem carimbado para onde tem que ir aí fica difícil e a gente fica nessa situação, nessa precariedade toda hoje (E4).

No entanto, divergente desta um entrevistado aponta que o recurso destinado para o serviço vem carimbado como “SAMU”:

[...] ele é aplicado aqui somente, mas ele está pouco em relação à quantidade de atendimento que está sendo feito. Antes nós fazíamos 100 atendimentos e hoje nós temos 550 e o valor do custeio é o mesmo, triplicou a quantidade de assistência e está com o mesmo dinheiro [...] ficou congelada a portaria de custeio do SAMU e aí o que acontece onera cada vez mais os municípios sede do SAMU mesmo, tanto Londrina quanto os outros e a divisão per capita desse excesso não existe, então deveria ter um incentivo federal, estadual e também essa per capitalização da parte municipal (E5).

E outra dificuldade é a concepção do SAMU para os gestores, pois para os mesmos não existe uma visão de um serviço de retaguarda, mas sim de números de atendimentos realizados.

[...] SAMU ainda é visto como um serviço que tem que atender números e poucos enxergam como um serviço de reserva, de prontidão a

catástrofe, não se pensa nisso, para os gestores atuais a ambulância parada no pátio [...] tem que estar trabalhando, mas é uma coisa que está lá como reserva técnica, quando eu precisar vou estar com ela disponível, isso eles não aceitam, eles querem que a ambulância rode o dia inteiro, porque eles querem números, quanto mais atendimento, melhor para eles (E7).

Ainda no financiamento do SAMU Regional de Londrina, existe a pactuação em CIB de que os municípios da área de abrangência do serviço devem contribuir para seu custeio por meio de um valor per capita para os municípios que sediam o SAMU com as USB e as USA.

Porém, a maioria dos entrevistados afirmou que os municípios sedes não estão recebendo dos demais municípios a contrapartida pactuada em CIB, de forma regular, existindo vários municípios da região inadimplentes: *“Na última reunião da CIB, falaram que não estavam pagando, todos os municípios não. E isso dificulta muito”* (E2), pois, [...] *poucos municípios fazem o repasse correto para seus polos, tanto que tem municípios que nunca fizeram repasse* (E7).

Esse impasse começou em 2011, quando o SAMU foi regionalizado, e segundo os entrevistados, desde então não está consolidado o repasses per capita e a contrapartida para municípios com bases descentralizadas que sediam o SAMU. Referem questões políticas para a não regularização da situação:

[...] município que não paga per capita [...] é cômodo eu ter uma regulação, ter um helicóptero na hora que eu precisar, ter um suporte avançado por terra na hora que eu precisar ou um suporte básico do meu município vizinho, vão me atender e eu não tiro tudo do meu bolso, é cômoda, e aí, muita questão partidária, ou de própria vontade política (E4).

Outros entrevistados apontam como fatores associados à inadimplência dos pequenos municípios: *“a falta de conhecimento da importância do serviço de urgência, prefeitos que não têm uma vivência tão grande nem na política nem na questão de saúde [...] somado a isso o déficit financeiro que cada município tem também [...]”* (E5).

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), com respaldo do tribunal de contas, instruiu que municípios que não pagam ao município sede de seu SAMU regional tenham o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel suspenso até o pagamento. Isso pode levar a um conflito entre o judiciário e o gestor local. O caminho para resolver este impasse adotado por Londrina não foi a suspensão dos atendimentos

pelo SAMU, mas sim a cobrança de boletos atrasados e a execução dos municípios devedores. Um dos entrevistados ainda relata que *“parece que agora deu uma regularizada, que eles reparcelaram os valores que estavam devendo. Pagando em boleto, mas assim, a perder de vista”* (E2).

A maioria das regiões do Estado tem optado pela implementação dos SAMU por meio de Consórcios. Um dos entrevistados apontou que esta alternativa não é a mais adequada por ser mais onerosa. Exemplificando que *“se a gente pegar o per capita nosso hoje aqui, gira em torno, se fosse cobrar tudo certinho, uns 54 centavos per capita para a região, para cada município. O SAMU de Umuarama que é um consórcio cobra dois reais per capita”* (E1) dos municípios consorciados.

Na verdade, eu penso que o governo de estado ele está usando um pouco diferente, eles acham que criar consórcios ajudariam, eu penso que a gente só aumenta custo porque você passa a ter a estrutura do consórcio, é só ver os consórcios de média complexidade e a estrutura administrativa que eles têm [...] (E1).

Ao analisar os resultados da subdimensão financiamento, percebe-se como os atores são pouco informados e como são desconhecidas as questões relacionadas aos recursos recebidos e como são gastos pelo gestor da saúde, no município sede. A partir destes resultados, é possível inferir o quanto é incipiente a governança deste componente, em especial a governança de financiamento, que deveria ser viabilizada por meio da construção conjunta de planos de ação regionais, com o detalhamento dos recursos financeiros, incluindo quanto o município recebe de incentivo dos demais entes, e o quanto ele investe de recursos próprios para manutenção do serviço. Também, deveria ser feita prestação de contas, nas reuniões dos Comitês (municipal e regional) e da CIR, de quais recursos são recebidos e como são alocados, por prestador de serviços públicos e privados, bem como quais os municípios estão inadimplentes como sua contrapartida per capita para a manutenção do SAMU na região.

Para Fleury e Ouverney (2012), a questão do financiamento é emblemática no SUS, pelo seu formato institucional, em que *“nenhum dos atores do Estado detém os recursos suficientes, nem para prover atenção integral, nem para impor os rumos da política de saúde”* (p. 79). Para estes atores a superação dessa situação passa pelo aperfeiçoamento dos instrumentos e mecanismos de desenvolvimento das relações intergovernamentais, que possibilitaria a ampliação de consensos e o aprofundamento

do sentido de interdependência destes entes, “sem os quais torna-se deficitária ou mesmo insustentável a produção de resultados eficazes em contextos de governança em rede” (FLEURY; OUVRENEY, 2012, p. 79).

Apesar da subdimensão financiamento e seus respectivos indicadores terem sido classificados como bons pelos critérios definidos na MAJ, os resultados obtidos por meio das entrevistas e análise documental apontam dificuldades financeiras do município sede para manutenção dos serviços. Essas questões serão melhor explicitadas no tópico: A gestão de recursos financeiros.

### 5.2.5 Síntese dos Resultados da Matriz de Análise e Julgamento

O resultado da avaliação da MAJ considerando as quatro subdimensões: articulação (SUA), regulação (SUBR), infraestrutura (SUBI) e financiamento (SUBF) e dos 12 indicadores é apresentada de forma sistematizada no quadro 8, e o juízo final da dimensão Gestão da Urgência obteve desempenho **regular**.

**Quadro 8** – Representação do resultado da avaliação da dimensão da Gestão da urgência da CR do SAMU Regional Norte de Londrina e das suas subdimensões e respectivos indicadores.

DIMENSÃO GESTÃO DA URGÊNCIA											
Articulação		Financiamento		Regulação				Infraestrutura			
Indicadores da Gestão da Urgência											
IA1	IA2	GF1	GF2	GR1	GR2	GR3	GR4	GI1	GI2	GI3	GI4
SUBA		SUBF		SUBR				SUBI			
DIMGU											
LEGENDA:											
BOM		REGULAR				RUIM					
IA1	Articulação Interna	IR1	Informação Atualizada	II1	Espaço físico da CR			II1	Espaço físico da CR		
IA2	Articulação Externa	IR2	Pactuação e Ferramentas	II2	Comunicação Interna			II2	Comunicação Interna		
IF1	Cofinanciamento	IR3	Autonomia	II3	Comunicação com solicitante			II3	Comunicação com solicitante		
IF2	Financiamento Federal	IR4	Ordenação dos Serviços	II4	Suficiência de pessoal na CR			II4	Suficiência de pessoal na CR		
SUBA	Subdimensão Articulação	SUBR	Subdimensão Regulação	SUBI	Subdimensão Infraestrutura			SUBI	Subdimensão Infraestrutura		
SUBF	Subdimensão Financiamento	DIMG	Juízo final da Dimensão Gestão da Urgência								

Fonte: Adaptado de Ortiga (2014).

### 5.3 GESTÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DO SAMU

A Portaria GM/MS nº 1.010/2012 redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e para sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências, e alterou o financiamento das unidades móveis (USA, USB, VIR) e da CR por meio do aumento do aporte financeiro dos entes federados por meio dos processos de habilitação e qualificação, com quantitativo estabelecido com base na população de abrangência do SAMU. Também foram incorporados novos critérios obrigatórios para o recebimento deste novo financiamento. E o valor dos repasses financeiros foi ajustado posteriormente pela Portaria GM/MS nº 1473/2013 (ORTIGA, 2014; BRASIL, 2012; 2013b), sendo assim definidos:

**Investimento:** modalidade de repasse de recurso financeiro para construção, compra de unidades móveis, aquisição de equipamentos permanentes de saúde, de tecnologia de informação e mobiliário.

**Custeio:** modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência.

**Habilitação:** processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio.

**Qualificação:** processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos nesta Portaria, passando a fazer jus a novos valores de custeio (BRASIL, 2012, art. 2º).

As unidades do componente SAMU 192 são habilitadas mediante a demonstração de efetivo funcionamento por meio do envio de documentação específica para CGUE/DAE/SAS/MS estabelecida na Portaria nº 1.010/2012. Aprovada a documentação listada na Portaria, a SAS/MS publica portaria específica de habilitação da Central de Regulação das Urgências, da Base Descentralizada e/ou das Unidades Móveis do Componente SAMU 192, para fins de torná-las aptas ao recebimento dos recursos de custeio relativos às unidades habilitadas (BRASIL, 2012).

Os componentes já habilitados do SAMU podem requerer a sua qualificação para alteração de valores de custeio, também com a apresentação de documentação à CGUE/DAE/SAS/MS que está condicionada ao plano de ação regional e ao cumprimento dos requisitos estruturais das suas unidades. A qualificação dos mesmos deve ser renovada em novo processo de avaliação a cada dois anos e há a possibilidade de cancelamento e/ou suspensão da qualificação quando descumpridos os requisitos obrigatórios (BRASIL, 2012).

No quadro 9, estão apresentados os quantitativos por porte populacional que o SAMU Regional Norte de Londrina está enquadrado. As despesas de custeio mensal do componente SAMU 192 são de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, na proporção de 50% da despesa (União), 25% (Estados, e Distrito Federal) e 25% (Municípios) (BRASIL, 2012).

**Quadro 9** – Representação do custeio mensal do MS (Habilitação e Qualificação) para as unidades do componente SAMU 192 com base no porte populacional do SAMU Regional Norte de Londrina, 2018.

<b>Unidades</b>	<b>Repasse do MS (Habilitada)</b>	<b>Repasse do MS (Habilitada e qualificada)</b>
USB	R\$ 13.125,00	R\$ 21.919,00
USA	R\$ 38.500,00	R\$ 48.221,00
Aeromédica	R\$ 38.500,00	R\$ 48.221,00
VIR	R\$ 38.500,00	R\$ 48.221,00
CR (população de 700.001 a 1.500.000)	R\$ 89.600,00	R\$ 112.224,00

**Fonte:** Brasil (2013b).

Atualmente o componente SAMU Regional Norte de Londrina, possui uma CR habilitada e qualificada, 15 Unidades de Suporte Básico todas habilitadas e qualificadas, quatro Unidades de Suporte Avançado, todas também habilitadas e qualificadas pelo MS. E um veículo de intervenção rápida (VIR) e um helicóptero para atendimento Aeromédico, ambos habilitados (Quadro 10).

**Quadro 10 - Perfil do componente SAMU 192 da 17ª Regional de Saúde, agosto/2017.**

RS	SAMU 192	Município	DADOS DAS BASES/AMBULÂNCIAS DO SAMU 192 DA MACRORREGIONAL NORTE						CENTRAL DE REGULAÇÃO		
			Tipo de ambulância	Quantidade de ambulância	Habilitada (s)	Portaria de habilitação	Qualificada (s)	Última Portaria de Qualificação	Municípios de abrangência	CNES da CRU	Localização da CRU
17ª	Norte	Assaí	USB	1	1	Portaria GM/MS nº 3.043/2011	1	Portaria GM/MS nº 1.642/2015	Assaí, Ibiporã e Jataizinho	6942377	Londrina
		Bela Vista do Paraíso	USB	1	1	Portaria GM/MS nº 1.086/2014	1	Portaria GM/MS nº 1.308/2017	Bela Vista do Paraíso e Florestópolis		
		Cambé	USB	2	2	Portaria GM/MS nº 312/2012	2	Portaria GM/MS nº 1.642/2015	Cambé, Prado Ferreira e Zona Oeste de Londrina (Chácara Esperança, Cilo 2, Cilo 3, Gleba Palhano, Jd. Bandeirantes, Jd. Sabará, Jd. Leonor, Jd. Presidente, Jd. Jamaica, Jd. Olímpico, Jd. Champanhagnat, Jd. Universitário)		
		Centenário do Sul	USB	1	1	Portaria GM/MS nº 312/2012	1	Portaria GM/MS nº 1.642/2015	Centenário do Sul, Cafeara, Guaraci, Lupionópolis, Miraselva e Porecatu		
		Ibiporã	USB	1	1	Portaria GM/MS nº 2.864/2012	1	Portaria GM/MS nº 1.308/2017	Ibiporã, Assaí e Jataizinho		
		Londrina	USA	3	3	Portaria GM/MS nº 2.137/2004 Portaria GM/MS nº 1.514/2012	3	Portaria GM/MS nº 1.642/2015	Assaí, Ibiporã, Jataizinho, Londrina (e distritos), Primeiro de Maio, Sertanópolis e Tamarana		
			USB	5	5	Portaria GM/MS nº 2.137/2004	5	Portaria GM/MS nº 1.642/2015	Londrina, Distrito de São Luiz, Distrito Regina, Distrito Irerê e Distrito de Guairacá		
			VIR	1	-	Deliberação CIB estadual nº193/2012	-	-	Assaí, Ibiporã, Jataizinho, Londrina (e distritos), Primeiro de Maio, Sertanópolis e Tamarana		
			Aeromédico	1	-	Portaria de incentivo de custeio 3.382/2016	-	-	Macrorregional Norte		
		Primeiro de Maio	USB	1	1	Portaria GM/MS nº 312/2012	1	Portaria GM/MS nº 1.642/2015	Primeiro de Maio e Alvorada do Sul		
		Rolândia	USA	1	1	Portaria GM/MS nº 312/2012	1	Portaria GM/MS nº 1.642/2015	Alvorada do Sul, Bela Vista do Paraíso, Cafeara, Cambé, Centenário do Sul, Florestópolis, Guaraci, Jaguapitã, Lupionópolis, Miraselva, Pitangueiras, Porecatu, Prado Ferreira e Rolândia (e distritos).		
			USB	1	1	Portaria GM/MS nº 1.514/2012	1	Portaria GM/MS nº 1.642/2015	Rolândia, Jaguapitã, Pitangueiras e distritos de Bartira e São Martinho		
		Sertanópolis	USB	1	1	Portaria GM/MS nº 312/2012	1	Portaria GM/MS nº 1.642/2015	Sertanópolis		
Tamarana	USB	1	1	Portaria GM/MS nº 312/2012	1	Portaria GM/MS nº 1.642/2015	Tamarana, Guaravera e Lerrovile				

Fonte: Paraná (2017).

Já referente à contrapartida estadual do incentivo de custeio dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), de acordo com a Deliberação CIB/PR nº

72/2012 da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), que regulamenta o repasse de custeio fundo a fundo para manutenção do funcionamento do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência:

As Centrais de Regulação Médica de Urgência e as Unidades de Suporte Avançado de Vida serão financiadas com recursos financeiros do Ministério da Saúde, no montante de 50% do valor estabelecido em Portaria Ministerial; com recursos da Secretaria de Estado do Paraná, no montante de 50% do valor estabelecido em Portaria Ministerial; e complementarmente pelos Municípios habilitados, tanto no critério de habilitação quanto de qualificação (PARANÁ, 2012, p. 1).

A partir da competência de outubro de 2017, por meio da Deliberação CIB/PR nº 229/2017, o repasse para financiamento do SAMU sofreu um reajuste de 50% do valor para custeio das Unidades de Suporte Avançado, Unidades Aeromédicas e Veículos de Intervenção Rápida:

O valor mensal [R\$ 48.221,00] segue o parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde no critério de qualificação das unidades Móveis do SAMU, acrescido de 50% [R\$ 24.110,50], podendo ser alterado em função de novas habilitações ou qualificações dos serviços pelo Ministério da Saúde, bem como em razão de ampliação destes (PARANÁ, 2017b, p. 2)

**Quadro 11** – Financiamento Federal para manutenção do SAMU Regional de Londrina, 2017.

<b>Componente SAMU</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor total</b>
Aeromédico	38.500,00	1	38.500,00
USA	48.221,00	3	144.663,00
USB	21.919,00	5	109.595,00
CR	112.224,00	1	112.224,00
<b>Total Mensal</b>			<b>404.982,00</b>
<b>Total Anual</b>			<b>4.859.784,00</b>

**Fonte:** Londrina (2017).

**Quadro 12** – Financiamento Estadual para manutenção do SAMU Regional de Londrina, 2017.

<b>Componente SAMU</b>	<b>Valor Unitário</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor total</b>
Aeromédico	72.331,50	1	72.331,50

USA	72.331,50	3	216.994,50
USB	0	-	-
CR	112.224,00	1	112.224,00
<b>Total Mensal</b>			<b>404.550,00</b>
<b>Total Anual</b>			<b>4.818.600,00</b>

**Fonte:** Londrina (2017).

Na tentativa de elucidar a problemática a respeito da destinação de recursos do SAMU apontada pelos entrevistados, também foi realizada análise do Relatório do Fundo Municipal de Saúde no período de 01/01/2017 à 31/12/2017, em que se constatou que todas as despesas (Projeto/Atividade 10.302.0025.6110) relacionadas ao SAMU totalizaram neste mesmo período o equivalente a R\$ 19.601.097,80. Em contrapartida, na análise dos repasses para custeio do serviço recebidos dos governos federal e estadual, averiguou-se um quantitativo de respectivamente R\$ 4.859.784,00 e R\$ 3.950.622,00 totalizando um valor de R\$ 8.810.406,00 para o município sede de Londrina (quadros 11 e 12). Soma-se a isso o repasse do valor per capita dos municípios da área de abrangência da CR, que no mesmo período totalizou R\$ R\$ 771.841,99 (LONDRINA, 2017).

Dessa forma, os recursos que o município de Londrina recebe via financiamento federal, estadual, e de municípios da região, por meio do valor per capita, supriram aproximadamente 49% dos custos de manutenção do SAMU Regional de Londrina no ano de 2017, ficando a cargo do município, aproximadamente, 51% do valor total do custeio do serviço.

Em relatórios sobre o valor per capita, relativo aos anos de 2015 e 2016, disponibilizados pela Diretoria de Gestão Financeira, Compras e Serviços do município de Londrina, foram analisados o levantamento dos gastos ocorridos para manutenção anual do SAMU, e verificou-se que o maior gasto é com pagamento de recursos humanos, no relatório intitulado “mão de obra”, perfazendo um total de 92,06% no ano de 2015 e 88,86% em 2016.

O aumento dos investimentos pelo ente municipal ocorre também em outras áreas da saúde, e é analisado pelo documento da Organização Pan-Americana da Saúde

“Financiamento em Saúde no SUS”, por meio dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), que permitem consolidar os gastos realizados por estados, DF e municípios. Neste documento, foi constatado que no período de 2002, 53% do total de gastos em Saúde Pública eram custeados pela União e que em 2008, houve uma redução de gastos da União para 45%. Os gastos dos estados aumentaram neste mesmo período de 22% para 26%, assim como o dos municípios, de 26% para 30%. Entre 2002 a 2008 a União aumentou seus gastos em 97%, entretanto os estados e municípios ampliaram em 170% os gastos em saúde (BRASIL, 2013c).

Essa maior proporção no financiamento da Saúde pelos estados e principalmente municípios, verificado no presente estudo condiz com os princípios de descentralização do SUS, porém a participação da União nos gastos em saúde, manteve-se muito abaixo do esperado em contrapartida dos outros entes federados, tanto em relação ao percentual do PIB quanto no gasto per capita (BRASIL, 2013c).

Em relação à gestão e governança para a implementação da RUE, pode-se identificar diversas dificuldades a serem enfrentadas. O financiamento, com o afastamento crescente da lógica de pagamento com base nas tabelas de procedimentos, para o financiamento por meio de incentivos global, certamente constitui-se em avanço significativo, na medida em que valoriza o desempenho e a atenção integral e resolutiva. Mas, o não recebimento dos recursos financeiros suficientes para manutenção dos serviços, se constituem-se em problema para os componentes da RUE, pois, mesmo havendo repasse regular muitas vezes os gestores têm dificuldades em administrar os recursos e estabelecer metas específicas (JORGE, et al., 2014).

No Brasil, o sistema público de saúde enfrenta problemas e conflitos entre Estado, provedores de serviços privados e seguros de saúde. É relevante apontar que os instrumentos relacionados com a gestão de processos de contratação, bem como o acompanhamento dos resultados constituem “um aspecto indefinido na organização do SUS, o que afeta de maneira extremamente negativa a articulação estratégica no emprego dos recursos, reduzindo significativamente a racionalidade sistêmica (econômica) e a eficiência do SUS” (FLEURY; OUVÉNEY, 2012, p. 83).

No entanto, não existe sistema ou modelo de saúde pública ideal. Muitos países estão questionando seus modelos adotados por causa do alto custo do financiamento, e de modo geral, todos enfrentam problema de sustentabilidade financeira, sendo necessárias reformas gerenciais e estruturais (BRASIL, 2013c).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, com o crescimento da assistência de urgência em função da realidade epidemiológica, e o processo de municipalização com o conseqüente aumento dos serviços de pronto-atendimento, foram adotadas novas estratégias de assistência de urgência, como as políticas nacionais de regulação médica das portas de urgência e a implantação do SAMU, sendo necessário a análise de como essas novas estratégias gerenciais na área de urgência e emergência estão sendo desenvolvidas.

O presente estudo cumpriu o seu objetivo de evidenciar o funcionamento de um serviço de APH, na CR do SAMU Regional Norte Londrina, bem como avaliar a governança institucional, gerencial e de financiamento do componente pré-hospitalar móvel. Com este estudo, foi possível elucidar a fragilidade no sistema de governança local e de vários elementos relacionados à gestão do SAMU na região estudada, mas também suas potencialidades. Na análise da organização do componente pré-hospitalar móvel foram observados problemas organizacionais e estruturais, como o perfil inadequado de profissionais médicos reguladores, a insuficiência no número de leitos hospitalares, a não estruturação de linhas de cuidado, o não entendimento sobre o funcionamento da RUE pelos próprios serviços que a integram, como decorrência disso, a não integração entre seus componentes.

O resultado da análise da matriz de análise e julgamento da gestão da urgência do componente pré-hospitalar móvel, avaliadas por meio dos quatro indicadores articulação, regulação, financiamento, infraestrutura, apresentou um resultado final **regular**. Apenas, na subdimensão financiamento existe um correto aporte de recursos conforme previsto nas portarias ministeriais e deliberações estaduais, porém discute-se a insuficiência dos incentivos para a manutenção do SAMU, cabendo ao município, no período estudado, grande aporte de recursos próprios, representando 51% do total de gastos no período.

Dentre os fatores mais preocupantes e que merecem maior atenção foram os indicadores: a articulação interna; informação atualizada; pactuações e ferramentas de regulação; ordenação dos serviços e suficiência de pessoal na regulação. Reconhece-se que interferências multifatoriais, inclusive políticas, permeiam esta situação. Destaca-se

a não efetivação dos espaços - comitês gestores de urgência-, constituídos para integração dos diferentes atores que representam os serviços que constituem a RUE, o que compromete o sistema de governança e que certamente poderia intervir para o enfrentamento dos problemas cotidianos do SAMU.

Os mecanismos regulatórios, especialmente a atuação dos médicos reguladores por meio da comunicação direta com o solicitante (usuários e serviços de saúde), apresentou-se como uma potencialidade para que o SAMU cumpra sua função de promover a ordenação da RUE e articulação entre os serviços.

Contudo, a regulação é fragilizada, devido principalmente às informações desatualizadas e fragmentadas da localização de leitos e veículos de transporte, necessitando de melhor gerenciamento das informações pelos serviços de saúde pactuados, para assim também fortalecer as grades de referência e contrarreferência na disponibilização de recursos adequados e suficientes para população da área de abrangência. Há também falta de integração, acolhimento e regulação dos chamados dos demais serviços urgência (SIATE, Polícia Militar entre outros). Recomenda-se a implantação de um centro integrado de gestão e controle, que já existem em outros países, como Estados Unidos, para integração das forças, evitando-se assim duplos acionamentos e erros de posicionamento.

A avaliação qualitativa realizada no SAMU Regional Norte do Paraná Londrina possibilitou melhor explorar e aprofundar a situação deste serviço responsável pela segunda maior cidade do estado e sua região adjacente. Na maioria dos indicadores, o estudo qualitativo das entrevistas reforçou os resultados da MAJ, e possibilitou uma maior compreensão dos mesmos.

Apesar de esse estudo apresentar a limitação de ter sido realizado em apenas uma região do Estado, muitos dos resultados encontrados, em especial os problemas relatados no SAMU deste município, como a falta de recursos humanos suficientes e a insuficiência de profissionais capacitados para este atendimento, ausência de condições ambientais e estruturais adequados na CR, por exemplo, também foram evidenciados em outros estudos.

Mesmo com as informações disponibilizadas do fundo municipal e fontes orçamentárias, as informações sobre o financiamento ainda são díspares. Assim,

recomenda-se que a subdimensão financiamento seja aprofundada em estudos posteriores.

Pelos resultados obtidos neste estudo, pode-se concluir que o sistema de governança do SAMU, nas dimensões institucional, gerencial e de financiamento, é frágil, o que dificulta o cumprimento da sua função de ordenar e articular a integração dos componentes da RUE.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.C. de. **Avaliação da implantação e do desenvolvimento do sistema público municipal de atendimento pré-hospitalar móvel da cidade do Recife**. 2007. 218f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Curso de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife.

ARAÚJO, M. T. et al. Representações sociais de profissionais de unidades de pronto atendimento sobre o Serviço Móvel de Urgência. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 156-163, 2011.

ARAÚJO, M. T. **Práticas cotidianas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. 2013. 105 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

BARBAZZA, E.; TELLO J. E. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. **Health Policy**, v.116, n.1, p. 1-11, 2014.

BARBOSA, D. V. S. **Regulação médica do fluxo das urgências**: análise do complexo regulador de Goiânia. 2012. 212 f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente) – Centro Universitário UniEVANGÉLICA, Anápolis, 2012.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 49-54, 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 nov. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o Componente pré-hospitalar móvel da PNAU – o SAMU. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 out. 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.072, de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 out. 2003b.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 dez. 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3ª ed.ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a. 256 p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Regulação médica das urgências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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**, Brasília, 31 dez. 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 jul. 2011a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 22 maio 2012a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica - DAB. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013. Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefina as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 19 jul. 2013b.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.124 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS / Secretaria de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informação em Saúde – TABENET 2017.** Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/idb>>. Acesso em 15 jun. 2018.

BRUIJN, J.A.; HEUVELHOF, E.F. Instruments for network Management. In: KICKERT, W.J.M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J.M.F. (Org.). **Managing Complex Network: strategies for the public sector.** London: Sage Publications, 1997.

CABRAL, A. P. S. **Um termômetro do Sistema Único de Saúde - o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192):** análise do modelo em uma cidade do nordeste brasileiro. 2007. 85 f. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 1.451, de 10 de março de 1995. Define os conceitos de urgência e emergência e equipe médica e equipamentos para os pronto-socorros. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 mar. 1995.

FLEURY, S; OUVENEY, A. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Lisboa, v.11, n.2-3, p.74-83, 2012.

GERBER, A. S. **Análise dos sistemas de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU sob a ótica sociotécnica.** 2010. 135f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre (RS), 2010.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde:** perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

HUFTY, M.; BÁSCOLO, E.; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p. 35-45, 2006.

HUMBERTO, M. R. et al. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

IBANHES, L. C. et. Al. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 575-584, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas de População.** Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em:

<<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html>>. Acesso em 15 jun. 2018.

JORGE, A. O. et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 125-145, 2014.

KICKERT, W. J. M.; KOPPENJAN, J. F. M. Public management and network management: an overview. In: KICKERT, W. J. M.; KLIJN, E. H.; KOPPENJAN, J. M. F. **Managing complex networks: strategies for the public sector**. London: Sage Publications, 1999.

LANCINI, A. B. **Avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU**. 2013. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

LIMA, J.C. **Agir comunicativo e coordenação em sistemas de serviços de saúde: um estudo no serviço de atendimento móvel de urgência da região metropolitana II do estado do Rio de Janeiro**. 2008. 167 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

LIMA, L. D.; ALBUQUERQUE, M. V.; SCATENA, J. H. G. **Quem governa e como se governam as regiões e redes de atenção à saúde no Brasil?** Contribuições para o estudo da governança regional na saúde. *Novos Caminhos*, n.8. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2016.

LONDRINA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do Fundo Municipal de Saúde de Londrina**. 2017.

MACHADO, V. M.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 549.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (orgs). **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, 349 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2013.

O'DWYER, G. **O princípio da integridade e o SAMU**. 2009. 338 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Revista Ciência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. O SAMU, a regulação no estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 141-160, 2012.

O'DWYER, G.; MATTOS, R. A. Cuidado Integral e Atenção às Urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 199-210, 2013.

ORTIGA, A. M. B. **Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina**. 2014. 243 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

PADILHA, A. R. S. et al. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.42, n. 118, p. 579-593, jul-set. 2018.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná - CIB. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná. Deliberação nº 72, de 3 de maio de 2012. **Regulamenta o repasse de custeio fundo a fundo para manutenção do funcionamento do SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Curitiba, 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Resolução SESA nº 471, de 04 de setembro de 2013. Identifica como Autoridade Sanitária no âmbito do Estado do Paraná, o médico regulador do SIATE e do SAMU, enquanto no exercício da sua função na central de regulação médica de urgência. **Diário Oficial da Estado**, Curitiba, 06 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Diretor de Regionalização. 2015. 214p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano de Ação Macrorregional Norte de Saúde de Urgência e Emergência. 2017a. 121p.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Comissão Intergestores Bipartite do Paraná - CIB. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná. Deliberação nº 229, de 11 de setembro de 2017. **Aprova a alteração do repasse de recursos financeiros de custeio instituído pela Resolução SESA 272/2012, alterado pela Resolução SESA 131/2016 e pela Resolução SESA 169/2017, na modalidade fundo a fundo, referente à contrapartida estadual do incentivo de custeio dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)**. Curitiba, 2017b.

RHODES, R. **The new governance: governing without government**. Political Studies, 1996, p. 652-667.

ROCHA LRP, VELLOSO ISC, ALVES M. Relações entre profissionais de uma Unidade Básica de Saúde e do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev Med Minas Gerais**. 2009; 19(4): 317-24

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª ed. 15ª reimpressão. São Paulo: Atlas; 2007.

UCHÔA, E.; VIDAL J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 497-504, 1994.

VELLOSO, I. S. C. **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. 2011. 129 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

VELLOSO, I.S.C.; ARAUJO, M.T.; ALVES, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.4, p.126-132, 2012.

VIEIRA, C. M.S.; MUSSI, F. C. A implantação do projeto de Atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 793-797, 2008.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### **“GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM REGIÕES DO ESTADO DO PARANÁ”**

Prezado (a) Senhor (a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa **“A GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM REGIÕES DO ESTADO DO PARANÁ - A Governança do Componente Pré-Hospitalar Móvel na Rede de Atenção Às Urgências e Emergências (RUE) em uma Região de Saúde”**, a ser realizada nos municípios integrantes da 17ª Regional de Saúde. O objetivo da pesquisa é “Analisar o sistema de governança do componente pré-hospitalar móvel da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), descrevendo sua organização na região e avaliando a Gestão da Urgência, nas seguintes subdimensões: articulação, financiamento, regulação e infraestrutura”. Sua participação é muito importante e ela se daria por meio de entrevista e da observação direta realizada pelo pesquisador.

Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) senhor (a): recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Destacamos que os registros audiovisuais obtidos durante a coleta de dados serão destruídos após o seu uso.

Esclarecemos ainda, que o (a) senhor (a) não pagará e nem será remunerado (a) por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação.

Os benefícios esperados são de contribuir com a identificação das dificuldades encontradas na configuração da CIR enquanto espaço de decisão e organização da rede regional de ações e serviços de saúde bem como na ampliação da capacidade de governança, resultando em garantia do acesso e da integralidade da atenção.

Quanto aos riscos, informamos que a presente pesquisa não apresenta risco direto aos envolvidos, sendo que todas as informações obtidas e registros impressos ou audiovisuais serão tratados com confidencialidade e sigilo. No entanto, caso ocorra algum tipo de desconforto, o participante será prontamente atendido e amparado pelo pesquisador.

Caso o (a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos poderá nos contatar: Brígida Gimenez Carvalho, rua Chile n. 43, Londrina – PR, fone (43) 99966597, ou Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, situado junto ao Laboratório Escola (LABESC), no Campus Universitário, telefone 3371-5455, e-mail [cep268@uel.br](mailto:cep268@uel.br).

Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue ao (à) senhor (a).

Londrina, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

-----  
Ana Carolina Petryszyn Assis  
Pesquisadora

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obs.: TCLE conforme normas da Resolução 466/2012 de 12 de dezembro de 2012.

## APÊNDICE B

### Autorização de Pesquisa da 17ª Regional de Saúde



#### CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

#### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Brígida Gimenez Carvalho, RG nº 32706339 SSP/PR, Coordenadora do projeto de pesquisa "A Governança da Rede de Atenção às Urgências e Emergências em Regiões do Estado do Paraná", do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, venho pelo presente solicitar autorização da 17ª Regional de Saúde para a realização desta pesquisa, a ser desenvolvida nos serviços de saúde e municípios de abrangência desta Regional de Saúde, no período de 2016 a 2018, tão logo o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. O objetivo desta pesquisa é o de analisar o Sistema de Governança da Rede de Atenção às Urgências e Emergências na região norte de Paraná.

Esclareço que a pesquisa seguirá todas as diretrizes éticas relativas a pesquisas com seres humanos estabelecidas na Resolução CNS 466/2012.

Antecipo agradecimentos e coloco-me à disposição para esclarecimentos.

*Brígida G. Carvalho*

Prof. Brígida Gimenez Carvalho  
Coordenadora da pesquisa

De acordo: *[assinatura]* Data 17,05,2016

Drª. Terezinha de Fátima Sanchez  
Diretora da 17ª Regional de Saúde/SESA  
None: Terezinha de Fátima Sanchez RG: 1.251.832-3 RG: 1.251.832-3  
Diretora da 17ª Regional de Saúde do Paraná

**APÊNDICE C**

Autorização de Pesquisa da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA**

AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
ESTADO DO PARANÁ

**AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA**

C.D.02/2017  
CEEPC/GPQS/DGTES/AMS/PML

Informamos para fins de realização da pesquisa:

“A GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM REGIÕES DO PARANÁ”, na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela professora Brígida Gimenez Carvalho, coordenadora do projeto, e demais pesquisadores do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina, e que por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da CNS Nº. 466/12. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, nº 1.851.525, datado de 06/12/2016.

Solicitamos que ao término da pesquisa nos seja enviado uma cópia através de mídia eletrônica, para ser divulgada na Autarquia Municipal de Saúde de Londrina.

Londrina, 06 de março de 2017.

*Eliane Sandra Vieira*  
Eliane Sandra Vieira  
GERÊNCIA DE PLANEJAMENTO E  
QUALIFICAÇÃO DE SERVIDORES

*Sueli Inocente*  
Sueli Inocente  
Enfermeira  
GPQS/DGTES/AMS/PML

**ANEXOS**

## ANEXO A

### Matriz Avaliativa de Julgamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**Figura 1.** Matriz avaliativa do serviço de atendimento móvel de urgência, segundo a dimensão gestão da urgência, subdimensões, indicadores e medidas.

<b>Dimensão</b>	<b>Subdimensão</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medidas</b>
<b>Gestão da Urgência</b>	<b>Articulação</b>	Articulação Interna	Frequência de reunião do Comitê Gestor de Urgência e Emergência; com quorum nos meses de março a novembro do ano anterior.
		Articulação externa	Representatividade do comitê Gestor de Urgência e Emergência em outras instancias colegiadas.
	<b>Financiamento</b>	Cofinanciamento	Percentual de USB com aporte financeiro estadual e ou municipal aos municípios que sediam USB.
		Cobertura do recurso Federal	Percentual de Unidades móveis e Centrais de Regulação recebendo recursos do MS conforme o estabelecido nas Portarias.
	<b>Regulação</b>	Informação atualizada	Acesso das centrais de regulação (CR) a sistemas de informação de: disponibilidade de localização de leitos, veículos de transporte e resgate.
		Pactuação e Ferramentas de Regulação	Disponibilidade de itens externas e internas essenciais a função de regulação.
		Autonomia	Designação de autoridade Sanitária do Médico Regulador.
		Ordenação dos serviços	O SAMU acolhe e ordena as chamadas de urgência médica dos números 191 190 e 193.
	<b>Infraestrutura</b>	Conformidade do espaço físico da Central de Regulação	Relação das estações de trabalho da CR.
		Autonomia de comunicação interna	Existência de sistema telefônico de

			rápido acionamento e radiocomunicação com os serviços de saúde, transporte e resgate.
		Comunicação com o solicitante	Relação entre linhas telefônicas de acesso gratuito ao público (192) por TARM.
		Suficiência de pessoal na CR	Carga horária de MR necessário para o porte da CR.
<b>Sub-total</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>12</b>

**1ª Dimensão: Gestão da Urgência**, sintetiza os elementos necessários para ordenação do sistema de urgência, através de quatro subdimensões: **Articulação, Financiamento, Regulação e Infraestrutura**

## **ANÁLISE DAS DIMENSÕES, SUBDIMENSÕES, INDICADORES MEDIDAS E PARÂMETROS DA DIMENSÃO 1 – GESTÃO DA URGÊNCIA**

### **RATIONALE: GESTÃO DA URGÊNCIA:**

É a capacidade dos atores envolvidos na organização do sistema para intervir nas decisões relacionadas à articulação, regulação e financiamento do sistema. No funcionamento da Gestão da Urgência, a governança é exercida em espaços de articulação política, técnica e administrativa, decidindo os rumos e pactuações dos serviços. Dentre os itens pactuados, inserem-se os aspectos de ordenação da rede, articulação dos serviços com definição de fluxo e financiamento.

<b>SUBDIMENSÃO ARTICULAÇÃO</b>		
O gestor do SAMU precisa ter capacidade de articulação para estabelecer consenso e coordenar interesses. O bom funcionamento do SAMU pressupõe articulação dentro e fora do setor saúde com serviços de diferentes níveis de complexidade e organização, para assegurar o atendimento às ocorrências. O principal mecanismo de articulação e decisão do SAMU é o Comitê gestor Macrorregional da Urgência e Emergência.		
<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIDAS</b>	<b>PARÂMETRO</b>
<b><u>Articulação Interna</u></b> O comitê gestor é um importante espaço de articulação de tomada de decisão.	Número de reunião do Comitê Gestor de Urgência e Emergência; com quórum nos meses de março a	9 ou mais reuniões no ano = <b>bom</b> Abaixo de 9 reuniões no ano = <b>ruim</b>

<p>Para que se constitua como tal é preciso que suas reuniões sejam frequentes. A periodicidade mensal é considerada adequada. A realização de pelo menos 9 (nove) reuniões no ano é considerada satisfatória.</p>	<p>novembro do ano anterior.</p>	
	<p>Cálculo: Somatório dos meses com reunião no ano anterior.</p>	
	<p>Escala: De 0 a 9 quanto maior melhor.</p>	
	<p>Fonte: Levantamento direto da pesquisadora.</p>	
<p><b><u>Articulação Externa</u></b></p> <p>A gestão da urgência e emergência não se esgota no comitê gestor. Muitas decisões precisam ser validadas em outras instâncias de tomada de decisão. É importante que o Comitê Gestor de Urgência e Emergência tenha representatividade nestes espaços para efetuar a articulação.</p>	<p>Representatividade do comitê Gestor de Urgência e Emergência em outras instancias colegiadas.</p>	<p>Participação formal em pelo menos uma instância colegiada = <b>bom</b> Nenhuma participação = <b>ruim</b></p>
	<p>Cálculo: Qualitativo.</p>	
	<p>Escala: Número de participações quanto maior melhor.</p>	
	<p>Fonte: Levantamento direto da pesquisadora (pesquisa documental e entrevista)</p>	
<p><b>SUBDIMENSÃO FINANCIAMENTO</b></p>		
<p>Recursos Financeiros suficientes é uma das condições necessárias para que o serviço funcione e possibilite uma boa gestão da urgência. Para que o componente de atendimento móvel de urgência receba os recursos através das Portarias ministeriais os requisitos exigidos devem ser cumpridos. Os Estados e municípios podem instituir incentivos, além dos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, destinados a propiciar que o serviço funcione de maneira adequada.</p>		
<p><b>INDICADOR</b></p>	<p><b>MEDIDAS</b></p>	<p><b>PARÂMETRO</b></p>
<p><b><u>Cofinanciamento</u></b></p> <p>A existência de incentivos financeiros além dos previstos pelo MS estimula o gestor assumir uma base do SAMU em seu município.</p>	<p>Percentual de Unidades móveis com aporte financeiro estadual e ou municipal aos municípios que sediam USB.</p>	<p>Ter incentivo aprovado em documentos oficiais e sendo cumpridos. Igual ou maior que 80% = <b>bom</b>. De 50% a 79% = <b>regular</b>. Menor que 50% = <b>ruim</b>.</p>
	<p>Cálculo: Qualitativo.</p>	
	<p>Escala: a existência de incentivo com cumprimento da pactuação em mais de 80% das UBS é considerado bom.</p>	
	<p>Fonte: levantamento direto da pesquisa nas Deliberações CIB-PR (pesquisa documental) referente a incentivo financeiro.</p>	

<p><b><u>Cobertura do Recurso Federal</u></b></p> <p>A disponibilidade de recursos financeiros, possibilita o bom funcionamento das unidades e da CR. Quanto maior for o número de unidades recebendo financiamento melhor será o funcionamento do serviço</p>	<p>Percentual de Unidades móveis e Centrais de Regulação recebendo aporte financeiro federal conforme o estabelecido nas Portarias.</p> <p>Cálculo: Número de unidades móveis e Centrais qualificadas/ total de unidades móveis e centrais de Regulação existentes x 100.</p> <p>Escala: Verificar o percentual de habilitação das unidades móveis e centrais de regulação quanto maior melhor.</p> <p>Fonte: Pesquisa documental portarias de habilitação.</p>	<p>Igual ou maior que 80% = <b>bom</b>.</p> <p>De 50% a 79% = <b>regular</b>.</p> <p>Menor que 50% = <b>ruim</b>.</p>
<b>SUBDIMENSÃO REGULAÇÃO</b>		
<p>Para que o SAMU assegure a regulação da urgência e emergência em tempo real, precisa ter autonomia e ser reconhecido como ordenador. A ordenação da urgência é estabelecida por uma central de regulação que precisa de informações pertinentes e atualizadas, preferencialmente através de um sistema informatizado, com monitoramento e análise dos dados continuamente. A integração das chamadas de urgências à central de regulação do SAMU facilita esse processo. A delegação de competência como autoridade sanitária aos médicos reguladores assegura a sua legitimidade.</p>		
<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIDAS</b>	<b>PARÂMETRO</b>
<p><b><u>Informação Atualizada</u></b></p> <p>Para que o SAMU assegure a regulação da urgência e emergência em tempo real é preciso que o regulador tenha acesso a sistemas de informações para a tomada de decisão. A localização e a disponibilidade de suas unidades de transporte são insuficientes para a regulação. Considera-se que disponibilidade e a localização de leitos, transporte sanitário e resgate são informações fundamentais para esta função.</p>	<p>Centrais de regulação (CR) com informação atualizada de: disponibilidade de localização de leitos, veículos de transporte e resgate;</p> <p>Cálculo: soma do número de sistemas disponíveis.</p> <p>Escala: Quanto maior o número de sistemas melhor.</p> <p>Fonte: Levantamento direto da pesquisadora (Observação direta).</p>	<p><b>Bom</b> = acesso aos 3 sistemas</p> <p><b>Regular</b> = acesso a pelo menos 2 sistemas</p> <p><b>Ruim</b> = 0 ou 1 sistema</p>
<p><b><u>Pactuação</u></b></p> <p>Para que o SAMU assegure a regulação da urgência e emergência precisa ter disponíveis as pactuações e</p>	<p>Disponibilidade de itens essenciais a função de regulação:</p> <p>- Grades de referências pactuadas de retaguarda;</p>	<p>100 % = <b>bom</b></p> <p>Menos que 100% = <b>ruim</b></p>

<p>itens/ferramentas internas e externas essenciais para a toma da de decisão. Itens externos estão relacionadas a pactuação com as referências, dados do território e dos serviços de saúde existentes, listas de telefones úteis, agenda de eventos e plano de catástrofe. Os itens internos são relacionados a infraestrutura de funcionamento da CR, de comunicação da central com os pontos de pactuação, equipes aptas ao trabalho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluxos e/ou protocolos de transferências;</li> <li>- Mapas rodovias município e região;</li> <li>- Mapas dos serviços de saúde/ Listas de telefones úteis;</li> <li>- Agenda de Eventos;</li> <li>- Planos de catástrofe, múltiplas vítimas;</li> <li>- Recursos da CR em funcionamento (software, registro, linhas telefônicas, rádio);</li> <li>- Número de unidade móvel em funcionamento;</li> <li>- Controle de tempo de espera.</li> </ul>	
<p>Cálculo: verificação em loco check list.</p>		
<p>Escala: Sendo essenciais não pode faltar nenhuma para ser considerado bom.</p>		
<p>Fonte: Levantamento direto da pesquisadora na regulação regional do SAMU (observação direta).</p>		
INDICADOR	MEDIDAS	PARÂMETRO
<p style="text-align: center;"><b><u>Autonomia</u></b></p> <p>A existência da portaria de delegação de competência como autoridade sanitária aos médicos reguladores assegura a sua legitimidade, e demonstra interesse do gestor para que a regulação exerça seu papel como ordenador da urgência.</p>	<p>Designação de autoridade Sanitária do Médico Regulador.</p>	<p><b>Bom</b> = existência documento de designação. <b>Ruim</b> = não existir a designação.</p>
<p>Cálculo: Qualitativo</p>		
<p>Escala: verificar existência de Portaria de designação do médico regulador como autoridade sanitária.</p>		
<p>Fonte: Pesquisa documental e entrevistas.</p>		
<p style="text-align: center;"><b><u>Ordenação dos Serviços</u></b></p> <p>A central estar integrada facilita o processo de regulação pois todos os</p>	<p>O SAMU acolhe e ordena as chamadas de urgência médica do 191 190 e 193.</p>	<p>Todos = <b>bom</b> 2-1 = <b>regular</b> Nenhum = <b>ruim</b></p>
<p>Cálculo: Qualitativo</p>		

chamados são ordenados por uma única central, definindo quais ambulâncias devem ser acionadas, evitando duplicidade de ação.	Escala: Sendo a central integrada é considerado bom.	
	Fonte: Levantamento direto da pesquisadora na regulação regional do SAMU (Observação direta e entrevista).	
<b>SUBDIMENSÃO INFRAESTRUTURA</b>		
<p>Para a realização das atividades de gestão da urgência é necessário um local com estrutura física, de comunicação e de pessoal adequadas ao porte populacional de sua área de abrangência. A sala de regulação deve ser dimensionada segundo o tamanho da equipe e o número de postos de trabalho. A infraestrutura de comunicação inclui o contato com as equipes, serviços de saúde e parceiros. Estes canais de comunicação precisam ser o mais adequado podendo ocorrer através de radio comunicação e ou celulares. A comunicação com o usuário através do número público 192, precisa ter suficiência de linhas telefônicas. O número e a qualificação dos profissionais assegura maior eficácia dos serviços evitando sobrecarga e aumento do tempo de espera das chamadas. Suficiência das equipes de reguladores interfere no desempenho. A gestão que mantém quadro conforme o porte da CR mostra preocupação em oferecer serviços de saúde de qualidade.</p>		
<b>INDICADOR</b>	<b>MEDIDAS</b>	<b>PARÂMETRO</b>
<p><b><u>Conformidade do Espaço Físico da Central de Regulação:</u></b></p> <p>O número de estações de trabalho, o dimensionamento do espaço físico e respectivos profissionais (MR, TARM, RO) deve seguir o estabelecido ou superior no anexo I da Portaria SAS 1010 de 2012 e se orienta pelo porte populacional da área de abrangência da CR. A adequação desta relação reflete a preocupação do gestor em proporcionar infraestrutura adequada para o trabalho da CR.</p>	<p>Relação da adequação entre profissionais e estações de trabalho da CR, segundo portarias.</p>	<p>Anexo II da Portaria SAS 1010/2012. Atende = <b>bom</b>. Não atende = <b>ruim</b></p>
	<p>Escala: Será considerado bom se a central atende o preconizado pela legislação.</p>	
	<p>Fonte: Levantamento direto da pesquisadora na regulação regional do SAMU (Observação direta).</p>	
<p><b><u>Autonomia de Comunicação Interna</u></b></p> <p>A existência de telefone direto ou linha secundária para acesso aos serviços de saúde, transporte e resgate, operacionaliza os encaminhamentos e as transferências. A abrangência do sistema de comunicação via rádio para comunicação com as equipes nas ambulâncias e com serviços de apoio,</p>	<p>Percentual de USB's em que a CR tem possibilidade de rápido acionamento por radiocomunicação</p>	<p>Cobertura do radio igual ou maior que 80% = <b>bom</b>. De 50% a 79% = <b>regular</b>. Menor que 50% = <b>ruim</b>.</p>
	<p>Cálculo: Qualitativo.</p>	
	<p>Escala: Se a linha for direta e ou secundária é considerada bom.</p>	
	<p>Fonte: levantamento direto da pesquisadora na regulação</p>	

melhorando o tempo resposta do serviço.	regional do SAMU (Observação direta).	
INDICADOR	MEDIDAS	PARÂMETRO
<p><b><u>Comunicação com o solicitante</u></b></p> <p>Segundo o manual de regulação existe uma proporção de linhas telefônicas para o atendimento com suficiência ao usuário. A relação de linhas por TARM é de 2:1 Para cada TARM precisa ter o dobro de linhas. A proporção desta relação não sendo cumprida pelo gestor gera sobrecarga das linhas de acesso ao usuário e dificulta o trabalho da CR.</p>	<p>Relação entre linhas telefônicas de acesso gratuito ao público (192) por TARM.</p> <p>Cálculo: Número de linhas de acesso ao público/ número de TARS por central.</p> <p>Escala: Relação cumprida é considera bom.</p> <p>Fonte: Levantamento direto da pesquisadora na regulação regional do SAMU (Observação direta).</p>	<p>2 ou mais = <b>bom</b>. Inferior a esta relação é = <b>ruim</b>.</p>
<p><b><u>Suficiência de pessoal na Central de Regulação</u></b></p> <p>Para que a regulação ocorra adequadamente é necessário o numero de médicos conforme o porte da Central de Regulação. Quanto melhor for esta relação, melhora o tempo resposta do serviço pois diminui o tempo de espera do solicitante na central telefônica.</p>	<p>Carga horária de MR necessário para a CR, segundo portaria.</p> <p>Cálculo: Número de médicos qualificado lotado na CR/população de abrangência.</p> <p>Escala: Relação cumprida é considera bom.</p> <p>Fonte: Levantamento dados secundários escala de trabalho (pesquisa documental).</p>	<p>Atende = bom Não Atende = ruim</p>

## ANEXO B

### Roteiro de Observação Direta da Central de Regulação do SAMU Regional Norte de Londrina

#### **GESTÃO DA URGÊNCIA:**

##### **Articulação:**

1. Quantas reuniões com quórum foram realizadas nos meses de junho de 2015 a maio de 2017 pelo Comitê Macrorregional de Urgência e Emergência?
2. O Comitê Macrorregional de Urgência e Emergência tem representação em outros comitês ou comissões de tomada de decisão relacionado a urgência e emergência fora e dentro do SUS? ( ) Sim ( ) Não
3. Indicar o nome completo da (s) comissão (ões) ou comitê (s) que tem representação?

##### **Financiamento:**

4. A central de regulação está recebendo recursos do MS conforme o estabelecido nas Portarias? ( ) Sim ( ) Não  
Se não explicar o motivo do não recebimento qual requisito não foi cumprido.
5. As USAs estão recebendo recursos do MS conforme o estabelecido nas Portarias? ( ) Sim ( ) Não  
Se não quantas não estão e explicar o motivo do não recebimento (qual requisito não foi cumprido)?
6. E além do recurso Federal, existe no Estado algum aporte Financeiro Estadual e ou Municipal para os municípios que sediam USA? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim explicar qual é e como é concedido?
7. As USBs estão recebendo recursos do MS conforme o estabelecido nas Portarias? ( ) Sim ( ) Não  
Se não quantas não estão e explicar o motivo do não recebimento (qual requisito não foi cumprido)?
8. E além do recurso Federal, existe no Estado algum aporte Financeiro Estadual e ou Municipal para os municípios que sediam USB? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim explicar qual é e como é concedido?
9. Número de Unidades móveis básicas recebendo recursos do MS conforme o estabelecido nas Portarias que regulamentam o SAMU?  
Descrever quais as unidades que recebem incentivo.

**Regulação:**

**10.** Indicar abaixo quais os sistemas de informação a central de regulação do SAMU têm acesso?

- a) Sistema de regulação de internação e ou de leitos: ( ) Sim ( ) Não  
 b) Sistema de transporte sanitário (ambulância branca): ( ) Sim ( ) Não  
 c) Sistema de transporte de resgate: ( ) Sim ( ) Não  
 d) Outros sistemas de informação: ( ) Sim ( ) Não

Se sim indicar quais?

**11.** Dentre os itens abaixo relacionados indique no quadro quais estão disponíveis durante todo o período de funcionamento da central de regulação do SAMU:

ITENS	SIM	NÃO
<b>a.</b> Documento que descreve a Grades de referências e contrareferências detalhadas, levando em conta quantidade, tipo e horário dos procedimentos ofertados, bem como a especialidade de cada serviço assinada pelos gestores municipais e pelo diretor geral ou médico dos serviços?		
<b>b.</b> Documento descrevendo os protocolos de acesso e/ou fluxos de transferências de pacientes.		
<b>c.</b> Mapa do município e da região de cobertura da Central de regulação do SAMU, descrevendo: - Localização dos Serviços de Saúde; - Localização das Bases descentralizadas do SAMU; - Outras ambulâncias ou serviços de transporte público ou privado.		
<b>d.</b> Mapa rodoviário do município e da região de cobertura da Central de regulação do SAMU detalhando as estradas e principais vias de acesso.		
<b>e.</b> Agenda de eventos de riscos relacionados a atividades esportivas, sociais, culturais e religiosas. ( ) sim ( ) não		
<b>f.</b> Lista de telefones úteis incluindo os serviços de saúde transporte e resgate necessários ao processo de trabalho da central de regulação do SAMU.		
<b>g.</b> Mecanismos de comunicação direta com outras centrais do SAMU regionais e estadual?		
<b>h.</b> Documento do Plano de manejo de situação complexa, envolvendo muitas pessoas afetadas, com perda ou não da capacidade de responder por setores públicos e privados encarregados (plano de desastre com protocolos integrados entre os agentes públicos e privados responsáveis).		

**12.** Dentre os itens abaixo quais estão disponíveis durante todo o período de funcionamento da Central de Regulação do SAMU (24horas por dia 7 dias da semana).

- a.** O Software possibilita a gravação dos atendimentos realizados? ( ) Sim ( ) Não

**b.** Disponibilidade de acesso a rádio ou outra forma de comunicação em caso da unidade estar em local de difícil acesso por telefone? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, indicar qual?

**c.** Registro atualizado e/ou em tempo real que identifique o número de unidade móveis em funcionamento? ( ) Sim ( ) Não

**d.** Os profissionais médicos que atuam na central de regulação utilizam os protocolos e ou fluxogramas do serviço ou os definidos no manual de regulação médica do Ministério da Saúde para a fazer teleregulação da urgência (diagnóstico sindrômico). ( ) Sim ( ) Não

Se sim que protocolo utiliza? (citar) e onde fica disponível para uso?

**e.** Todas as unidades móveis possuem sistema de geolocalização (USB, USAS e VIR).

( ) Sim ( ) Não

Se não quantas possuem?

**f.** O software utilizado possibilita o monitoramento do tempo de espera na central telefônica da chamada. ( ) Sim ( ) Não

**13.** Os médicos reguladores que atuam na central de regulação da Urgência do SAMU possuem Portaria ou outro documento legal que o designa como autoridade sanitária?

( ) Sim ( ) Não

Se sim explicar a forma podendo indicar onde são publicadas e número e a data das designações.

**14.** As chamadas dos números 191 190 e 193 são acolhidas e ordenadas pela central de regulação da Urgência do SAMU de forma integrada? ( ) Sim ( ) Não

Se não de que forma a regulação acontece? Descreva.

### **Infraestrutura:**

**15.** Com relação à infraestrutura da Central de Regulação (CR) do SAMU, responda as seguintes questões:

**a.** Número de habitantes (População) de abrangência da CR?

**b.** Existe linha telefônica direta e ou exclusivas em funcionamento para acionar os serviços de:

- Saúde: ( ) sim ( ) não

- Transporte: ( ) sim ( ) não

- Resgate: ( ) sim ( ) não

**c.** Número de linhas telefônicas em funcionamento na CR disponíveis ao número 192 (não considerar as linhas diretas para acionamento dos serviços)?

### **Recursos Humanos**

16. Indique no quadro abaixo o número de profissionais que trabalham na CR e quantas estações de trabalho a CR possui por categoria profissional?

<b>Categoria profissional</b>	<b>Número de profissionais por turno</b>	<b>Número de estações de trabalho por turno</b>
<b>Médico regulador</b>		
<b>Telefonista auxiliar de regulação médica</b>		
<b>Radio operador</b>		

a. Indique no quadro abaixo o número de profissionais por categoria profissional que trabalham na CR por turno?

<b>Categoria profissional</b>	<b>Número total de profissionais lotados na CR do SAMU</b>	<b>Número total de profissionais trabalhando no turno Matutino</b>	<b>Número total de profissionais trabalhando no turno Vespertino</b>	<b>Número total de profissionais trabalhando no turno Noturno</b>
<b>Médico regulador</b>				
<b>Telefonista auxiliar de regulação médica</b>				
<b>Radio operador</b>				

b. Com relação a qualificação dos médicos lotados na Central de Regulação do SAMU complete o quadro abaixo:

<b>Qualificação Médico da CR</b>	<b>Número de médicos</b>
<b>Número de médicos lotados e trabalhando na CR do SAMU que possuem qualificação na urgência (formação/curso de pós-graduação nas seguintes áreas: urgência, emergência, unidade de terapia Intensiva, unidade coronariana anestesia e medicina interna)</b>	
<b>Número de médicos lotados e trabalhando na CR do SAMU que possuem qualificação na urgência (com no mínimo 1 ano de experiência nas áreas nas seguintes áreas: urgência, emergência, unidade de terapia Intensiva, unidade coronariana anestesia e medicina interna).</b>	
<b>Indicar quantos atendem os dois requisitos formação e experiência de 01 ano no mínimo.</b>	

## ANEXO C

### Roteiro de Entrevista com os Coordenadores/Gerentes do SAMU e Médicos Reguladores

**Identificação:**

Nome completo: ..... Idade: .....

Tempo de Formado: ..... Tempo de atuação na função: .....

**1.** Você teve contato com a Portaria que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências (Portaria MS/GM Nº 1863, de 29 de setembro de 2003 e reformulada pela 1600 de 07 de julho de 2011)? Em que aspectos o CR se alinha com esta Política? E com a estruturação das redes principalmente a rede de Atenção à urgência? Comente sobre.

**2.** Como você percebe a estrutura organizacional do SAMU, considerando as formas de gestão e estrutura hierárquica?

**3.** Quais são as maiores facilidades e dificuldades na função de regulação?

**a)** ( ) concepção do regulador sobre urgência (preferência no atendimento ao trauma queixas obstétricas e psiquiátricas X clínicas)

**b)** ( ) rotatividade dos reguladores

**c)** ( ) questões políticas na contratação e na definição de uso de ambulância

**d)** ( ) tipo de contrato/vínculo dos reguladores

**e)** ( ) áreas de atendimento com violência urbana e drogatização

**f)** ( ) salário dos reguladores

**g)** ( ) qualidade técnica dos reguladores e de toda equipe

**h)** ( ) outros ( especificação)

**4.** Qual a sua percepção sobre as relações entre os profissionais da equipe do SAMU? Como são as relações entre a equipe do SAMU e os profissionais de outras Unidades da rede de saúde.

**5.** Comente sobre o funcionamento dos Comitês gestores de atenção à urgência. (Ele existe? Quem participa das reuniões? Quem coordena os Comitês gestores de atenção

à urgência? Como é definida a pauta? Se não indique o que falta para eles funcionarem? Nas reuniões são analisadas as queixas e ou indicadores do SAMU e ou da Urgência? São feitas atas nas reuniões? Onde estão disponibilizadas as atas e a portaria de nomeação do Comitê Gestor?).

**6.** Dos dispositivos de informação externa e interna, abaixo listados, indique o grau de importância (0 a 10) para exercer a função de regulador. **(Somente para os médicos reguladores do SAMU):**

- Grades de referências pactuadas de retaguarda;
- Software, registro, linhas telefônicas, rádios);
- Fluxos e/ou protocolos de transferências;
- Número de unidade móvel em funcionamento;
- Mapas rodovias município e região;
- Geolocalização das unidades móveis;
- Mapas dos serviços de saúde;
- Controle de tempo de espera;
- Agenda de Eventos;
- Protocolos técnicos, normativos e de intervenção;
- Listas de telefones úteis;
- Mecanismo de comunicação com outras centrais;
- Planos de catástrofe, múltiplas vítimas.

**7.** A função do médico regulador é de autoridade sanitária, como você avalia estes itens na prática?

- a)** ( ) falta estrutura jurídica
- b)** ( ) falta estrutura administrativa
- c)** ( ) reconhecimento pelos pontos da rede
- d)** ( ) ter espaço garantido na gestão ( estrutura administrativa)
- e)** ( ) outros ( especificação)

**8.** As grades de referências pactuadas na PNAU são respeitadas no dia a dia da CR?

- a)** ( ) falta informação das unidades hospitalares públicas e privadas sobre os recursos disponíveis;
- b)** ( ) hospitais não disponibilizam os leitos;
- c)** ( ) hospitais não são cooperativos com a rede disponibilizando leitos;
- d)** ( ) hospitais que são referência em média e alta complexidade não mantêm médico de plantão para o atendimento, obrigando o SAMU levar mesmo assim para as referências pactuadas e habilitadas para esta especialidade;
- e)** ( ) outros ( especificar).

**9.** Como é a relação do médico regulador a com os profissionais dos serviços (utiliza a relação interpessoal e de solidariedade para garantir o acesso ao usuário?).

**10.** A vaga-zero é a condição definida pela Portaria 2.048 de que qualquer serviço de saúde tem que disponibilizar vagas para receber pacientes transportados pelo SAMU, independente de sua disponibilidade de vagas, a priori. Como ocorre na prática a vaga-zero na região? (O SAMU tem autoridade para alocar os pacientes na rede de serviços do sistema regional, tendo como obrigação, apenas, comunicar sua decisão aos médicos assistentes dos serviços de urgência?).

**11.** Como estão constituídas as equipes de plantão no Central de Regulação? Considera numericamente e operacionalmente razoável esta composição para a demanda de solicitações?

**12.** Além dos atendimentos de urgência provenientes da população ou serviços, existem outros tipos de demanda para o SAMU? Quais? (pedidos de gestores; pedidos de políticos; pedidos de colegas médicos e ou diretores de hospitais; questões sociais).

**13.** A existência de dois números causa algum transtorno para a regulação e organização do serviço? (Na sua percepção o acesso a Atenção Pré-Hospitalar através de dois números distintos 192 e 193, causa confusão na população na hora de acionar?).

**14.** Em sua opinião os parâmetros para dimensionar o número de unidades do SAMU (CR, VIR, USA, USB) descritas nas Portarias do MS atendem adequadamente as necessidades do serviço? Caso negativo indique outro parâmetro e justifique.

**15.** Como você avalia a infraestrutura disponível ao SAMU (recursos materiais, tecnológicos, etc) São suficientes para atender os objetivos do serviço? Se não indique qual investimentos deveriam ser realizados.

**16.** Com relação ao financiamento do SAMU, você considera que atende as necessidades dos municípios? (Manutenção da frota; custos operacionais e recursos humanos). Se não indique quais os maiores entraves sobre financiamento e que medidas deveriam ser implantadas?

**17.** Os municípios que sediam o SAMU (básico) recebem dos demais municípios a contrapartida pactuada na CIB na época da sua implantação? Se não indique quais o maior entrave sobre o não repasse deste recurso fundo a fundo?

**Educação Permanente:**

**18.** Existe instituído um setor ou serviço responsável pela capacitação dos profissionais do SAMU? (Como são realizadas as capacitações, existe uma programação? Se sim onde fica disponível para consulta? Qual a periodicidade? Existe treinamento inicial no ingresso? Existem cursos de recertificação?).

**19.** Existe convênio ou parceria com instituições de ensino (médio e superior) para o SAMU ser campo de prática?

## ANEXO D

### Parecer Consusubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A GOVERNANÇA DA REDE DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS EM REGIÕES DO PARANÁ

**Pesquisador:** Brígida Gimenez Carvalho

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 58852016.1.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Saúde Coletiva

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.851.525

##### Apresentação do Projeto:

A pesquisadora aponta que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços em uma Região de Saúde para oferta de atenção contínua e integral a população, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida da população e os resultados sanitários. Dentre os componentes da estrutura operacional das RAS apresenta-se o sistema de governança, que tem o propósito de criar uma missão, visão e estratégias comuns a todas as organizações que compõem a região de saúde, com pactuação da organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em uma gestão regional. A gestão compartilhada nos sistemas de governança manifesta-se por meio das Comissões Intergestores que são instâncias permanentes de pactuação.

Operacionalmente, a regionalização cooperativa implica a instituição de entes regionais de governança para gerir as RAS, que devem ter como objetos privilegiados a governança da atenção básica e da atenção secundária à saúde nas microrregiões sanitárias e da atenção terciária à saúde nas macrorregiões sanitárias.

##### Objetivo da Pesquisa:

Analisar o sistema de governança da Rede Intermunicipal de Atenção às Urgências e Emergências em regiões de saúde do norte do Estado do Paraná.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Telefone:** (43)3371-5455

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.851.525

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_731906.pdf	05/12/2016 14:29:48		Aceito
Outros	Termosigilo.pdf	05/12/2016 14:28:56	Brígida Gimenez Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoSMSLondrina.pdf	05/12/2016 14:27:25	Brígida Gimenez Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AutorizacaoCISNOP.pdf	05/12/2016 14:27:01	Brígida Gimenez Carvalho	Aceito
Outros	Cartaresposta.doc	05/12/2016 14:26:20	Brígida Gimenez Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEPago16.pdf	17/08/2016 15:13:38	Brígida Gimenez Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo16RS.pdf	05/07/2016 16:47:13	Brígida Gimenez Carvalho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECEPUEL.doc	05/07/2016 15:13:20	Brígida Gimenez Carvalho	Aceito
Folha de Rosto	FolharostoCEP.pdf	05/07/2016 11:30:15	Brígida Gimenez Carvalho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo19RS.pdf	06/06/2016 17:15:51	Brígida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo18RS.pdf	06/06/2016 17:15:32	Brígida	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo17RS.pdf	06/06/2016 17:15:06	Brígida	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



COMITÊ DE ÉTICA EM  
PESQUISA ENVOLVENDO  
SERES HUMANOS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 1.851.525

LONDRINA, 06 de Dezembro de 2016

Assinado por:  
Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli  
(Coordenador)

Prof.ª Dr.ª Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa  
Envolvendo Seres Humanos  
Universidade Estadual de Londrina

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br