

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA

JULIO SANTOS SILVA

**“CHAMA O SAMU!” A Organização Espacial do Serviço de Atendimento Móvel
de Urgência (SAMU-192) na Região de Saúde de São Paulo**

São Paulo

2018

JULIO SANTOS SILVA

“CHAMA O SAMU!” A Organização Espacial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) na Região de Saúde de São Paulo

Trabalho de Graduação Individual apresentado ao Departamento de Geografia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Geografia.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Mendes Antas Jr.

São Paulo

2018

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: SILVA, Julio Santos

“CHAMA O SAMU!” A Organização Espacial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) na Região de Saúde de São Paulo

Trabalho de Graduação Individual apresentado à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Geografia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

S586" Silva, Julio Santos
"CHAMA O SAMU!" A Organização Espacial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) na Região de Saúde de São Paulo / Julio Santos Silva ; orientador Ricardo Mendes Antas Jr.. - São Paulo, 2018.
96 f.

TGI (Trabalho de Graduação Individual)- Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Geografia. Área de concentração: Geografia Humana.

1. SAMU-192. 2. Região de Saúde. 3. Regionalização. 4. São Paulo. I. Antas Jr., Ricardo Mendes, orient. II. Título.

À minha mãe, Francelina (*in memoriam*),
que involuntariamente inspirou este tema
de pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Segundo Clarice Lispector (“A Hora da Estrela”), tudo no mundo começou com um “sim”. Desta forma:

Primeiramente quero agradecer ao meu orientador, Prof. Dr. Ricardo Mendes Antas Jr. por acreditar na relevância do tema da minha pesquisa e por aceitar orientá-la. Muito obrigado pela paciência com meus sumiços, pelos incentivos e pela confiança, além do conhecimento compartilhado.

Ao meu pai, Severino. Meu porto seguro e maior exemplo de caráter. Sem o seu apoio e aceitação esta jornada certamente teria sido muito mais dura.

Ao meu irmão, Vitor, pessoa a quem mais amo neste mundo. Agradeço pela paciência, incentivo e por compreender meus momentos de ausência.

Ao meu melhor amigo, ex-professor e irmão que a vida me deu, Thiago de Carvalho Matos. Para todos os efeitos, eu não estaria nesta faculdade se não tivesse o conhecido. E tampouco estaria aqui se você não tivesse me convencido de que eu era capaz. Obrigado pelos anos de companheirismo e luta. Juntos por Atena!

À minha melhor amiga geográfica, Rita Zanetti, pelos anos de amizade e companheirismo dentro desta longuíssima graduação. Agradeço pelo suporte, cumplicidade e dramas acadêmicos compartilhados (finalmente terminamos!).

À minha prima, Josimeire, pelo exemplo de garra e perseverança. Sua paixão pelo Direito e dedicação aos estudos me motivaram a (tomar vergonha na cara!) concluir minha própria pesquisa.

Às minhas melhores amigas e de mais longa data, Claudia e Katherine. Obrigado por todas as vezes que me confortaram e me escutaram, a amizade de vocês e o suporte garantiram que eu não fraquejasse ao longo do caminho.

Aos amigos que fiz na graduação, não cito nomes pra não ser injusto, mas guardo cada momento de amizade e apoio dentro do coração.

Aos amigos do budismo, pela amizade, exemplo e incentivo. Muito Obrigado!

RESUMO

SILVA, Julio Santos. **“CHAMA O SAMU!” A Organização Espacial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) na Região de Saúde de São Paulo.** 2018. 96 f. Trabalho de Graduação Individual (TGI) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Desde 2003, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) atua como parte da Política Nacional de Atenção às Urgências, sendo normatizado pelo Ministério da Saúde. O SAMU-192 atualmente é responsável pelo atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e emergência nas residências, locais de trabalho e vias públicas atuando em grande parte do território nacional.

Considerando a importância do serviço, além da necessidade de um tempo de resposta eficaz do SAMU às urgências e emergências que ocorrem no território, objetiva-se compreender a atual organização espacial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Região de Saúde de São Paulo buscando constatar se há uma organização adequada do serviço em função dos princípios do SUS e da distribuição espacial dos recursos na região de saúde.

A análise será feita com base na periodização da implantação do serviço (2003) até o período atual de configuração da rede. Será traçado um histórico da evolução do serviço no território nacional e em São Paulo, visando reconhecer quais diretrizes se perpetuaram e condicionaram a implantação das políticas públicas de atenção às urgências no território nacional e como ela foi rebatida na região de saúde de São Paulo.

Palavras Chave: SAMU-192, SUS, região de saúde, regionalização, São Paulo

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Evolução do número de municípios – 1970/2010.	26
Figura 2	Fluxograma operacional de atendimento de chamado do SAMU-192. Elaboração do autor	47
Figura 3	Evolução dos valores de transferência fundo a fundo para a implantação do SAMU-192	55
Figura 4	Evolução da Cobertura SAMU- 192 e Centrais de Regulação no território nacional (2014/2017)	57
Figura 5	Evolução da Cobertura Populacional do SAMU-192 por região (2012-2017)	57
Figura 6	Percentual de População Coberta pelo SAMU-192 nos Estados (2016)	58
Figura 7	Percentual de municípios atendidos pelo SAMU-192 (2016)	59
Figura 8	Valores de transferência fundo a fundo por região para a implantação do SAMU-192 (2016)	60
Figura 9	Percentual de população coberta e de municípios atendidos por região (2016)	60
Figura 10	Evolução do percentual da cobertura populacional e cobertura municipal do SAMU-192 no território nacional (2004-2017)	61
Figura 11	Número absoluto de estados segundo tipo de estrutura do SAMU-192 (2016)	62
Figura 12	Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo (Agosto/2011)	67
Figura 13	Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), suas 6 Regiões de Saúde e Centrais de Regulação do SAMU-192 nos municípios	69
Figura 14	Cobertura do SAMU-192 na RMSP em 2016	70
Figura 15	Regionalização do SAMU-192 no município de São Paulo segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde	73

Figura 16	Distribuição das bases com USB, USA e URAM (motolância) no município de São Paulo – SP (2013)	77
Figura 17	Tempo Médio de Resposta do SAMU-192 no município de São Paulo- SP por Região	80
Figura 18	Distribuição das USA em relação aos distritos mais populosos no município de São Paulo – SP (2013)	81

LISTA DE TABELAS

Quadro 1	Números absolutos e proporcionais de UPAs em funcionamento total e construídas com recursos do Ministério da Saúde, 2016	52
Quadro 2	Evolução das Unidades Móveis Habilitadas do SAMU-192 no Brasil (2012-2016)	56
Quadro 3	Evolução do efetivo de recursos do SAMU-192 em São Paulo-SP (2014-2016)	74
Quadro 4	Situação do efetivo de unidades de suporte básico e avançado do SAMU-192 na RMSP segundo a recomendação nacional (2016)	74
Quadro 5	Relação entre o efetivo apresentado com o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde nas Regiões de Saúde dos 5 municípios mais populosos do Brasil (2016)	75
Quadro 6	Relação do efetivo de recursos em comparação ao parâmetro nacional nas Coordenadorias Regionais de Saúde no município de São Paulo (2013)	77
Quadro 7	Estabelecimentos públicos de Saúde com atendimento às urgências por Coordenadoria Regional de Saúde (2016)	79
Quadro 8	Efetivo do SAMU-192 com base nos 10 distritos mais populosos de São Paulo (2013)	80
Quadro 9	SAMU 192: Transporte Inter-Hospitalar segundo Unidade de Resgate (Quantidade Aprovada)	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA	Assistência Médica Ambulatorial
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CGUE	Coordenação Geral de Urgências e Emergências
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAE	Departamento de Atenção Especializada
FEM	Fator de Estímulo à Municipalização
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde (nº8080/1990)
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIAMU	Programa Integrado de Atendimento Médico de Urgência
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Rede de Atenção à Saúde

RAU	Rede de Atenção às Urgências
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RRAS	Redes Regionais de Atenção à Saúde
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIV	Suporte Intermediário de Vida
SAMU-192	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS/SP	Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
URAM	Unidade Rápida de Atendimento por Motocicleta
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO 1: SUS E O TERRITÓRIO	16
1.1. O Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e a descentralização político-administrativa como estratégia indutora	16
1.2. Regionalização como estratégia de organização do SUS	30
1.2.1. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (2001/02)	32
1.2.2. “Pacto pela Saúde” (2006)	36
1.2.3. Decreto nº 7.508 (2011)	38
CAPÍTULO 2: O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU-192) NO TERRITÓRIO BRASILEIRO	45
2.1. Caracterização do SAMU-192	45
2.2. Breve histórico de implantação do serviço	47
2.3. Caracterização e situação do SAMU-192 no território nacional	55
2.4. Justiça Espacial e o SAMU-192	62
CAPÍTULO 3: A REDE DE ATENDIMENTO DO SAMU-192 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - SP	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	89

INTRODUÇÃO

Considerando a importância de um tempo de resposta eficaz do sistema de saúde às urgências e emergências que ocorrem no território, objetivou-se compreender a organização espacial do SAMU na região de saúde de São Paulo verificando se ocorre uma organização espacial adequada do serviço em função dos princípios do SUS e da distribuição dos recursos dentro da região de saúde.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) é uma política pública descentralizada e regionalizada integrante da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e do Sistema Único de Saúde (SUS) formulada pela Portaria (1863/2003). É um serviço gratuito voltado ao atendimento inicial às urgências e emergências sejam elas de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras, que possam levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo a morte, atendendo no âmbito pré-hospitalar móvel.

Por se tratar de uma política voltada ao atendimento in loco e de rapidez, naturalmente o SAMU necessita de uma localização estratégica para suas bases e recursos assistenciais, afim de que se garanta um melhor atendimento das ocorrências. Desta forma, trata-se de um serviço territorializado e que produz uma materialidade. Por ser territorial, a implantação e localização de seus recursos não se dá de forma neutra, e o estudo busca compreender se a organização do serviço reforça ou se opõe as condições e contradições já existentes no território.

No que tange tanto uma abordagem quanto uma metodologia geográfica, nos apoiamos em SANTOS (2012 [1988]) que propõe um modelo analítico e um esquema operacional de análise, sendo que estes nortearam a pesquisa. Segundo o que é orientada para a formulação de uma organização espacial, uma preocupação entre uma tomada de conhecimento da situação atual juntamente com uma fixação de metas sob a base de inter-relações prováveis se faz necessária. O enfoque que deve ser dado, além dos aspectos estruturais, é nas aparentes tendências escondidas na situação atual. Tal análise deverá ser constituída por um estudo formal (estatístico e documental), análise de conteúdo (evolução de contexto e variáveis, causas, evoluções “espontâneas” ou “dirigidas”), tentativa de periodização

de identificação das tendências e por fim uma definição da problemática atual (SANTOS, 2012 [1988]).

Por conta do SAMU-192 se tratar de uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS), no primeiro capítulo buscaremos compreender a instituição e a evolução do SUS desde a Constituição Federal até 2011, quando saiu a última grande diretriz que orientou a estruturação do SAMU no território nacional. Dois grandes princípios nortearam a implantação do SUS desde 1988 (descentralização e regionalização), a análise da evolução das normas que encaminharam as políticas do SUS permitirá acompanhar os períodos de ruptura e regime que por ventura influenciaram e estruturam a política do SAMU-192 posteriormente.

No segundo capítulo, a análise será feita com base na periodização da implantação do SAMU desde 2003 até o período atual de configuração da rede. Além de uma breve caracterização do serviço, será traçado um histórico da evolução do SAMU-192 no território nacional, visando reconhecer quais diretrizes se perpetuaram e condicionaram a implantação das políticas públicas de atenção às urgências e como ela foi rebatida no território nacional.

Por fim, no terceiro capítulo, traçaremos um panorama atual do SAMU-192 na região de saúde de São Paulo, revelando como a política foi implantada neste recorte e como os recursos e equipamentos do serviço tem se dado nesta região. Compreendendo a estrutura do serviço bem como as diretrizes que o orientam, buscamos verificar se houve uma adequação do SAMU-192 à realidade paulistana e como a distribuição de seus recursos contribui para o funcionamento da rede. Esperamos, neste momento, reunir subsídios para entender as características, a situação e especificidades do SAMU em São Paulo.

O SAMU-192 é mais uma porta de entrada ao sistema público de saúde e caracteriza uma assistência voltada a um momento muito delicado de risco à vida. Dado seu caráter de urgência, o serviço é de suma importância para os habitantes da região de saúde, sendo um diferencial entre vida ou morte. É justo que se estudem as condições do serviço afim de que se contribua para o seu aprimoramento.

Enquanto objeto de estudo, o SAMU-192 nos permitirá refletir sobre as condições da rede de atenção às urgências no município, seus equipamentos e seus usos, sua abrangência e eficiência, bem como vislumbrar de forma geral, a situação do serviço público de saúde no município.

CAPÍTULO I – SUS E O TERRITÓRIO

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988 e a descentralização político-administrativa como estratégia indutora

Para se compreender a institucionalização e conformação de uma política pública de saúde no território brasileiro, se faz necessário, primeiramente, apontar elementos chave da própria concepção do Sistema Único de Saúde. O intuito deste esforço repousa na percepção de que este resgate histórico permitirá reconhecer tendências e identificar linhas de evolução das políticas do SUS, além de ajudar na interpretação da situação presente do SAMU como resultante de um processo que envolve ações em diferentes momentos, contextos e escalas.

Impõe-se um esforço de periodização visando reconhecer na organização do sistema do SUS momentos de regime e ruptura (SANTOS, 2012 [1988]). É por meio da periodização que podemos reconhecer tendências e criar condições de se imaginar linhas de evolução possíveis, bem como destacar mudanças de valores que variaram de intensidade e importância conforme os períodos, também sem desprezar fatores de explicação que sejam relevantes (SANTOS, 2012 [1988]).

Fruto das lutas de movimentos sociais, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi institucionalizado durante o período de retomada da democracia nos anos 1980. O contexto do período introduziu fortemente os ideais de justiça social, desconcentração do poder político, descentralização das estruturas e participação popular, além da discussão do direito como forma de acesso a bens e serviços sociais.

O período de redemocratização lançou as bases para uma mudança significativa na política de saúde brasileira o que pode ser visto como um momento de ruptura. Sendo assim o SUS também nasce na crise do modelo anterior vigente. Durante o período de 1930 a 1980, o Estado brasileiro conviveu com um padrão de desenvolvimento que teve por objetivo dotar o país de uma forte indústria de base, um mercado interno fortalecido, uma expansão dos empregos e maior autonomia econômica e tecnológica. O "nacional desenvolvimentismo", iniciado no segundo

governo Vargas (1951-1954) e consagrado pelo governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), instituiu uma agenda e políticas públicas que visavam fortalecer um padrão de desenvolvimento nacional baseado na industrialização, ao lado de uma presença expressiva na esfera produtiva e na intermediação financeira, com forte grau de centralização fiscal e administrativa (MACHADO, VIANA, 2009). A política social do período era vista como decorrente do próprio modelo de desenvolvimento, e tinha como maior preocupação a proteção dos trabalhadores inseridos no mercado. As políticas focadas nos trabalhadores mais pobres e excluídos também eram pensadas de forma pontual, para regiões e populações específicas (VIANA ET AL.; 2009). O Estado concebia que a industrialização era equivalente ao crescimento e desenvolvimento econômico, sendo o desenvolvimento social um subproduto do mesmo. Neste processo as políticas sociais ocupavam um lugar secundário e se tornavam subordinadas à política econômica, sendo também dependente a ela.

A política de saúde do período se caracterizava por: uma expressiva fragmentação institucional, papel subalterno dos estados e municípios, forte privatização da oferta de serviços e baixo poder regulatório do Estado nacional (MACHADO; VIANA, 2009), reflexos do próprio modelo de desenvolvimento que o país experimentava no período e que contribuiu para moldar as bases do movimento da Reforma Sanitária e do futuro SUS, em oposição ao modelo centralizado privatista que se aprofunda durante a década de 70.

O contexto previamente estabelecido ajuda a compreender a difusão dos ideais e movimentos que surgiram no período de redemocratização e que contribuíram para a institucionalização do SUS, entre eles a descentralização político-administrativa que afetará diretamente a sua organização e que será abordada neste primeiro tópico. A descentralização foi um fenômeno marcante dos processos de reforma dos Estados Nacionais desde o final dos anos 70, tanto na Europa como na América Latina¹ (VIANA; LIMA, 2011). Especificamente no campo da saúde, tomando exemplo da experiência internacional, a descentralização da política articulou-se à regionalização por meio da organização de redes de serviços, associando-se à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais, de

¹ Particularmente, a América Latina experimentou tanto processos de descentralização como de regionalização, sendo implantados com variados graus de articulação, sempre com maior ênfase na descentralização (VIANA; LIMA, 2011).

forma que tal estratégia (regionalização) era instituída visando alcançar um maior grau de eficiência dos sistemas de saúde, maior democratização e transparência dos processos decisórios (VIANA; LIMA, 2011).

Esta diretriz, ligada tanto a um processo de descentralização como de regionalização fica explícita no ordenamento jurídico do SUS tal como expresso na Constituição de 1988, segundo a qual, as ações e serviços públicos do sistema único de saúde devem integrar uma "rede regionalizada e hierarquizada", organizada segundo determinadas diretrizes: I - descentralização com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral; III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988). Na sua concepção, o SUS associa a perspectiva territorial à diretriz da descentralização, por meio da estratégia de regionalização das ações e serviços de saúde, contudo apenas na via normativa. A institucionalização mais incisiva desta estratégia, como será visto, só será aplicada futuramente com outras normas.

A questão da descentralização se torna recorrente durante este primeiro período de implantação do SUS devido à associação da estratégia da descentralização ao processo de redemocratização, presumia-se proporcionar uma participação mais direta dos usuários dos serviços, no planejamento, no controle de qualidade, na gestão e na fiscalização das atividades, fortalecendo o processo de participação social (ALBUQUERQUE, 2013). Assim, compreender as origens deste intuito norteador precisamos abordar brevemente o próprio modelo federativo brasileiro e sua relação com as políticas de saúde.

O Brasil é uma República Federativa, cuja organização político-administrativa compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios. A autonomia destes entes federativos é garantida pelo Art. 18 da Constituição, ainda que a soberania seja exclusiva apenas do Estado nacional (BRASIL, 1988). Por definição o pacto federativo é:

[...] um acordo de base territorial no qual grupos localizados em diferentes partes de um território organizam-se em busca da harmonização entre suas demandas particulares e os interesses gerais da sociedade que eles têm por objetivo constituir. Por se tratar de acomodação de diferenças há, portanto, uma constante tensão nesse pacto, cabendo aos arranjos institucionais organizar os interesses e controlar os conflitos (CASTRO, 2005, p.164).

Desde a sua legitimação, o sistema federativo efetivamente praticado no Brasil apresenta fragilidades. No contexto de implantação, pós Proclamação da República, fora adotada uma estrutura federativa como mecanismo de descentralização do poder imperial, contudo não foi garantido nem a autonomia das decisões dos entes federativos e nem foi assegurado o controle democrático da política. Um centralismo, mandonismo local e longos períodos de poder autoritário podem ser considerados como reflexos da forma como o processo de construção da federação brasileira ocorreu (CASTRO, 2005).

Além disso, é característica do período a desigualdade econômica existente entre os estados que se refletia na autonomia efetiva de cada um deles. A necessidade de uma maior ou menor intervenção do governo federal na vida econômica de alguns desses estados significava que nem todos estados tinham a autonomia necessária para viver independentes do poder central (ANDRADE; ANDRADE, 2003, p. 54). Ressalta-se que mesmo com a promulgação de uma nova constituição no período de redemocratização brasileira, a desigualdade entre as autonomias dos entes parecia ainda não ter sido superada, e pelo contrário, um ente federativo ganhava um protagonismo maior, uma vez que a Constituição de 1988 foi a primeira a elevar o município ao status de entidade federada autônoma, tendo como competência assuntos de interesse local (FLEURY, 1999).

Na década de 1980, a associação entre democracia e descentralização de políticas assume particular força e se traduz no contexto da Constituição de 1988, que redesenha a estrutura de Estado em uma lógica de federação descentralizada, com ênfase no papel dos municípios. O reconhecimento dos municípios como entes federativos com grande peso e responsabilidade em várias áreas da política pública representa um traço peculiar do federalismo brasileiro, que o distingue de todos os outros regimes federativos no mundo e traz novos dilemas para a construção do pacto federativo no país (MACHADO; VIANA, 2009, p. 32).

A questão federativa na política de saúde não é algo novo e períodos anteriores já experimentaram tensões entre o poder central e o local, com crescente intervenção do Estado na saúde pública em detrimento da autonomia na atuação dos estados e municípios (FARIA, 2007). ANDRADE e ANDRADE (2003) ainda reforçam que como contribuição para esta tensão entre o poder central e local, ocorre um enfraquecimento do poder estadual frente a maior autonomia que os municípios ganharam:

A Constituição de 1988, indecisa entre uma opção presidencialista ou parlamentarista, criou instrumentos legais de difícil aplicação. Sob influência ainda do período autoritário, consagrou uma série de direitos garantindo a vida e o exercício político da cidadania e fortalecendo os chamados direitos adquiridos, mas transferiu certos encargos aos estados sem proporcionar aos mesmos condições para atendê-los; enfraqueceu o poder estadual diante do federal, que dispõe da maior porção de verbas para aplicá-las ou redistribuí-las com os estados e municípios (ANDRADE; ANDRADE, 2003, p. 69).

O SUS emergia nos anos 80 como uma política pública que expressava os compromissos de uma agenda política que almejava construir uma sociedade mais justa. Contudo a virada neoliberal dos anos 1990 frustrou tais expectativas, fato que repercutiu no cenário político e na política social. O neoliberalismo em vigor no Brasil pós 90 contribuiu para a deterioração do quadro social, reunindo baixo crescimento econômico com agravamento das desigualdades sociais. Nos anos 1990 temos um cenário caracterizado por reformas de algumas políticas sociais, ajuste fiscal para combater o déficit público, declínio do crescimento econômico, aumento do desemprego, inserção do país no processo de globalização, ao lado de mudanças demográficas e epidemiológicas em avanço (MACHADO; VIANA, 2009).

A prática do neoliberalismo acarreta mudanças significativas na utilização do território, conduz a uma seletividade maior na distribuição geográfica dos provedores de bens e serviços que passam a buscar localizações mais favoráveis a fim de evitar um enfraquecimento, respeitando também princípios de competitividade (SANTOS; SILVEIRA, 2001). Em consequência a este contexto (neoliberalismo dos anos 90 e fortalecimento da autonomia dos municípios na Constituição), reformas na estrutura e no modo de operação do Estado nacional e das políticas sociais, em especial a saúde, foram impulsionados, com reflexo nas instituições federativas e nas relações intergovernamentais.

Segundo Machado e Viana (2009), a implantação do SUS se desdobra neste período em dois movimentos concomitantes: a unificação do comando nacional sobre a política e a descentralização político-administrativa, agora aplicada de forma mais incisiva. A centralização federal possibilitou uma política descentralizadora com forte protagonismo federal quanto a normas, incentivo financeiro e outros instrumentos de indução nacional durante os anos 90 (como a presença de dois fortes aparatos federais na condução da política de saúde, o Ministério da Saúde e o

Ministério da Previdência Social/Inamps). O resultado almejado era a expansão dos serviços e maior proximidade entre os gestores com a própria população.

Durante a década de 90, o Estado adotou instrumentos normativos de pactuação para a legitimação da “solidariedade institucional” (CASTILLO et al, 1997), visando dar coesão política e administrativa ao SUS nos níveis federal, estadual e municipal. Os referidos instrumentos constituem-se na promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) (LOS) e das normas operacionais básicas (NOB) que tinham por finalidade organizar o sistema respeitando os princípios da Constituição de 1988.

Tais instrumentos normativos merecem atenção devido à estrita relação deles como o espaço geográfico e uso do território. A norma em si, para a geografia, pode ser vista como o resultado da tensão e/ou da harmonia entre objetos e ações que constituem o espaço geográfico. Em decorrência da indissociabilidade entre a configuração territorial e uso do território, determinam-se diferentes tipos de normas (ANTAS Jr., 2005, p. 61). As instituições são por excelência produtoras de normas, e a cada criação e implementação de objetos técnicos no território, configuram-se demandas por normas de uso e demandas sociais por regulação (ANTAS Jr., 2005). Apesar de não ser propriamente um objeto técnico, mas um sistema organizacional (ALMEIDA, 2005a), com o SUS não é diferente. O território usado pelo SUS atende uma racionalidade e a compreensão da intencionalidade presente no espaço geográfico deve passar pela norma jurídica, uma vez que:

As normas jurídicas regulam a produção dos sistemas e objetos técnicos e as ações que incidem sobre tais objetos, segundo finalidades que variam conforme o contexto socioeconômico de cada período histórico. Tomados em conjunto, esses sistemas constitutivos do território demandam a existência de sistemas normativos, adequados às exigências mais gerais da sociedade de um determinado período, de modo que seu funcionamento satisfaça àqueles grupos sociais que concentram maior poder (ANTAS Jr., 2005, p. 65).

A Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde” (LOS) atualiza e reafirma os princípios do SUS acrescentando mais onze diretrizes (Art. 7º) além das presentes no Art. 198 da Constituição Federal. A respeito da descentralização, o item IX do Art. 7º apresenta como diretriz do SUS a “descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de

governo” com “ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;” e na “regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;” (BRASIL, 1990).

Apesar de ressaltar a necessidade de existir uma integração em rede das ações e serviços em saúde, na prática a LOS não institucionaliza a construção destas redes na política nacional. Este problema persistirá durante anos e atrasará as propostas de regionalização, o que afetará os primeiros anos de implantação do SAMU.

Respeitando a estrutura da federação, a LOS distribuiu os deveres legislativos dos órgãos gestores do SUS em três esferas de atuação, a saber: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; III - no âmbito do município, pela respectiva secretaria de saúde ou órgão equivalente (BRASIL, 1990). Os entes federados ficaram então condicionados a normatizar as ações de saúde em seu território de jurisdição a partir das determinações impostas na Lei Orgânica da Saúde.

Apesar de a regionalização também figurar-se como estratégia de organização das ações e serviços do sistema desde a sua constituição, onde cada ente deveria reafirmar o seu caráter complementar trabalhando de forma coesa, houve durante vários anos na política da saúde brasileira uma estrutura que permitiu aos municípios manterem relações diretas com a União a partir da implantação das chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB) que tinham por intuito descentralizar a política, a administração e o financiamento do SUS para as esferas estadual e municipal, seguindo a lógica de descentralização e democratização da constituição. Estas normas operacionais básicas foram decisivas para a estruturação política, administrativa e territorial do Sistema Único de Saúde, condicionando a forma de gestão regulação do sistema e a implementação de fixos de saúde no território.

As NOBs contribuíram com a criação de elementos que seriam importantes para o início da estratégia de regionalização, como o estabelecimento de referências intermunicipais, ordenadas por instrumentos de planejamento e gestão, e de

espaços de negociação intergovernamentais, que serão determinantes para a implantação da regionalização do SAMU futuramente.

A primeira Norma Operacional Básica implantada no período foi em 1991, passando por uma reedição no mesmo ano. Ainda que não possuísse caráter de obrigatoriedade, a NOB-91 fornecia instruções aos gestores para a implantação e operacionalização do SUS. Elaborada pelo INAMPS² (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) a norma estabeleceu a centralização da gestão do SUS no nível federal no próprio INAMPS, quanto ao que diz respeito aos mecanismos de financiamento e recursos que deviam ser repassados para municípios e estados:

O INAMPS repassará aos Estados, Distrito Federal, e/ou Municípios os recursos correspondentes, de acordo com os Planos de Saúde, concretizando, desta forma, o programa de descentralização previsto no Texto Constitucional e na Lei 8.080/90, visando à municipalização (BRASIL, 1991).

Apesar de reproduzir muitos elementos que compõem a LOS, principalmente por se tratarem dos mesmos referentes à implantação e operacionalização do SUS presentes na Constituição, o enfoque da NOB-91 está basicamente direcionado à normalização de mecanismos de financiamento do SUS tais como repasse, acompanhamento, controle e avaliação dos recursos financeiros do INAMPS para os municípios e/ou estados; mecanismos estes considerados como fator de incentivo para o processo de descentralização.

A garantia para a transferência automática e direta dos recursos de custeio do SUS para os municípios dependia diretamente do atendimento de requisitos básicos estabelecidos pela norma como a criação de Conselhos Municipais de Saúde; Fundos Municipais de Saúde; Plano Municipal de Saúde; Programação e Orçamento da Saúde; contrapartida de recursos para a saúde de no mínimo 10% do próprio orçamento; e caso os requisitos não fossem preenchidos os recursos seriam então repassados às Secretarias Estaduais de Saúde correspondentes, sendo estas livres para adotarem critérios próprios de distribuição de tais recursos (BRASIL, 1991).

² Atualmente é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS).

Incentivos à municipalização do SUS e às ações de saúde coletiva, também se deram através do Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), que correspondiam a recursos transferidos mensalmente àqueles municípios que atendessem aos 7 requisitos básicos previstos na lei N° 8142/1990 (BRASIL, 1990). Conseqüentemente após a NOB-91 - e provavelmente também incentivado pelo FEM -, ocorre o crescimento do interesse dos municípios em "municipalizar-se", criando instrumentos que fortalecessem a gestão municipal do SUS.

Anos depois temos a NOB-93 considerada como o primeiro grande marco para a descentralização e consolidação do SUS. A norma estabelecia o gerenciamento do processo de descentralização, visando o planejamento integrado das esferas de governo, estabelecendo e normatizando espaços de negociação intergovernamentais. Foi a primeira a definir o gerenciamento do processo de descentralização nos três níveis de governo, através da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) e dos Conselhos Municipais, bem como as condições de gestão para municípios (Incipiente, Parcial e Semi-Plena) e estados (Parcial e Semi-Plena). Buscou exatamente contemplar os diferentes estágios em que se encontram estados e municípios, em relação à descentralização, também habilitando os municípios como gestores dos serviços de saúde³.

Em 1996 promulga-se a última norma operacional, a NOB-96. A novidade trazida por ela fora a introdução da Programação Pactuada Integrada (PPI), que pode ser considerada como o primeiro instrumento de caráter regional do SUS, pois determinava a responsabilidade de cada município na garantia de acesso da população aos serviços de saúde, seja no próprio município ou por meio de encaminhamento a outros municípios, “sempre por intermédio de relações entre gestores municipais, mediadas pelo gestor estadual” (BRASIL, 1996, p.18). Tal percepção reforçava a necessidade de estabelecer uma rede de serviço de saúde dada a interdependência existente entre os municípios.

Deve-se destacar que as NOBs não foram capazes de realocar recursos ou de trazer novos, o que impediu a compensação entre municípios para a prestação

³ A implantação do SAMU, a partir de 2003, ainda terá este enfoque voltado à gestão municipal do serviço.

de serviços, com problemas tanto para os municípios pequenos quanto para os maiores. Como consequência, embora a descentralização tenha logrado conseguir avanços (atenção básica em todos os municípios), não foi capaz de permitir um mesmo grau de expansão nos serviços especializados, leitos hospitalares, terapia intensiva, cirurgias eletivas, etc. (ALBUQUERQUE, 2013, p. 99).

Neste período, em função do processo de municipalização instituído pela NOB-93 e reforçado pela NOB-96, ocorre a mudança da participação do estado que deixa o papel de executor para ser o apoiador e coordenador das políticas de saúde, com as Diretorias Regionais sendo refuncionalizadas (FEITOSA, 2013). As NOBs possibilitaram uma atuação mais independente dos municípios em relação aos estados, contudo os municípios continuaram dependentes da esfera federal, principalmente a respeito do repasse financeiro. Fato considerado como um dos fatores que contribuíram para a fragilização do papel da esfera estadual como articuladora regional do SUS (ALBUQUERQUE, 2006, p.94). Afetando inclusive o SAMU em seus primeiros anos, uma vez que a articulação de repasse de recursos se dará principalmente entre a União e os municípios. Persistindo no caso de São Paulo cuja gestão do SAMU é municipal desde seu início.

O desenho fragmentado e atomizado do SUS - privilegiando a estratégia da descentralização municipalista – culminou na fragmentação do sistema, uma vez que o município, não necessariamente, teria capacidade autônoma de garantir a equidade do serviço. Dada a pouca ênfase na regionalização, pouco foi contribuído para a integração da saúde nas regiões que agregam diversos municípios. O fracionamento do serviço é resultante uma vez que o poder de comando normativo ainda reside na centralidade federal e a execução no município, muitas vezes sendo sublime ou até opaca, a participação e atuação dos estados no processo conforme aponta Albuquerque (2006):

Se o repasse para o município aumenta e essa esfera passa a comandar serviços como hospitais “regionais”, isto é, que atende a população de outros municípios, a atuação do estado se precariza diante do poder de gestão do município. Essa lógica de poder acaba conformando uma situação em que o município passa a ter que regular uma região e isto se dá a partir de uma racionalidade competitiva e não cooperativa. Isto porque, com o hospital “regional” o município vai receber uma demanda incompatível com seu poder político de articulação regional. Essa incompatibilidade acarreta em

crises políticas entre municípios, pela falta de uma pactuação pelo uso de serviços regionais, dado que o município, sede do hospital, não tem como arcar com o todo o custo e toda a regulação desta demanda (ALBUQUERQUE, 2006, p. 99).

Devido o enfoque municipal no recorte executivo da gestão, reforçadas com as NOBs, começam aqui a serem observadas as primeiras falhas do modelo implantado até então e que contribuíram para o aumento da tensão entre os poderes locais e centrais. Nos anos seguintes a proliferação acelerada do número de municípios (Figura 1) afetou o balanço da gestão e atuação dos entes federativos na implantação do SUS.

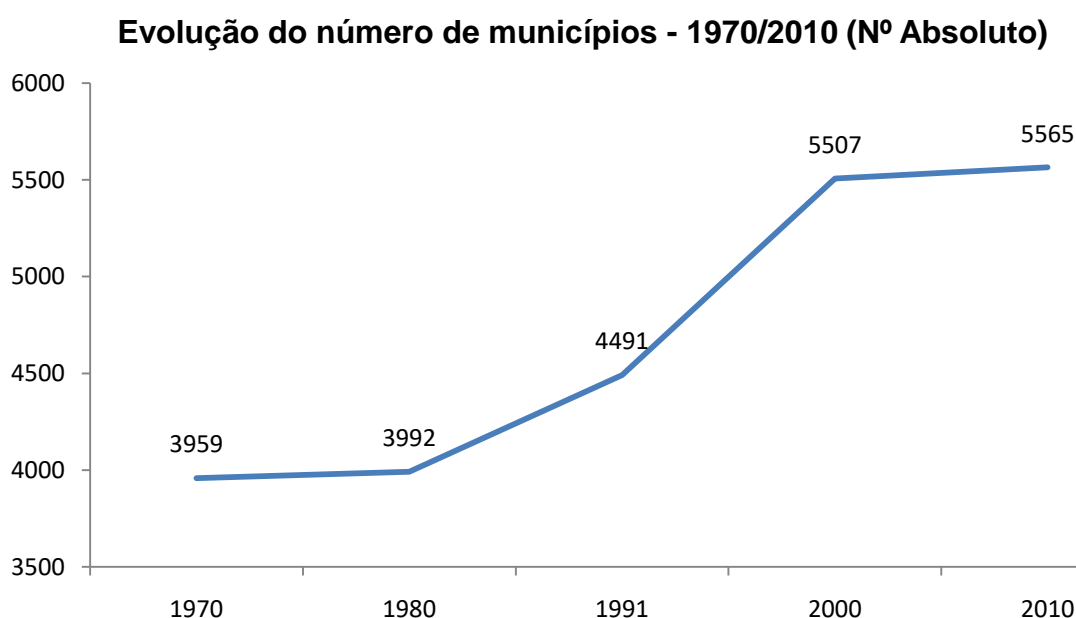


Figura 1 Evolução do número de municípios – 1970/2010. Fonte: Censo Demográfico 1970/2010.

Muitos destes novos municípios não têm arrecadação própria significativa e dependem de transferências fiscais das outras esferas de governo. Além de não possuírem capacidade de elevarem o próprio grau de independência política, financeira e administrativa, principalmente por meio de um processo de descentralização caracterizado como político-administrativo de corte municipalista (MACHADO; VIANA, 2009).

A descentralização municipalista nas políticas públicas vinculava-se ao princípio de subsidiariedade que “[...] impõe trazer para perto do cidadão o executor dos serviços públicos na esteira de que aquilo que o município é capaz de fazer o

Estado não deve fazê-lo, idem quanto ao Estado em relação à União" (CAMPOS; SANTOS, 2015). Como resultados favoráveis, esta municipalização permitiu uma ampliação do acesso aos serviços, inovação na gestão e aumento da participação popular (SILVA, 2011), contudo, provocou a criação de milhares de "sistemas isolados" (GADELHA ET AL., 2011).

Os governos locais assumiram a responsabilidade pela provisão de serviços de saúde, num contexto em que a maioria dos municípios apresentava pequena base populacional e limitada capacidade institucional, o que prejudicou a função de planejamento regional (GADELHA ET AL., 2011).

Persistiu-se a centralização federal paralela ao fracionamento executivo municipal. Tal construção fragmentada sem visão sistêmica ao SUS "[...] tem gerado iniquidade, desigualdade e comprometido à sustentabilidade do SUS como um todo e mesmo das redes locais." (CAMPOS; SANTOS, 2015). Dentre alguns aspectos nefastos deste processo de fragmentação dos serviços, os autores destacam também a precariedade das políticas de pessoal e a inadequação das estratégias de gestão, resultado do isolamento do município que se via sozinho na organização de um sistema que nem sempre conhecia. Muita improvisação, precariedade e maltrato em relação aos profissionais de saúde e ao cuidado dos usuários. (CAMPOS; SANTOS, 2015).

Pressupõe-se que nenhum município por si só seria capaz de garantir ao munícipe todas as necessidades de saúde, por esta razão a Constituição dispõe no artigo 198 que: "as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema [...]" (BRASIL, 1988). Contudo, apesar das diretrizes constitucionais atestarem que o SUS deva integrar uma "rede regionalizada e hierarquizada", ao longo deste período pouco fora estabelecido a respeito da forma como tal regionalização deveria ser estabelecida, dificultando a efetivação do direito universal à saúde em todos os lugares.

O sucesso da universalização do acesso à saúde depende da forma como o SUS se realiza no território, envolvendo, por exemplo, a distribuição espacial dos equipamentos, serviços, redes assistenciais, recursos financeiros, programas e políticas de saúde (como o SAMU), além das formas de atuação do Estado no que confere o planejamento, financiamento e gestão em diferentes escalas e atribuições.

A questão da oferta de serviços de saúde envolve uma escala crescente de tecnologias, especialidades e conhecimentos além de uma complexidade a respeito das diferenças sociais, econômicas e demográficas particulares de cada município, e que segundo ALMEIDA (2005a) contribuem para que o SUS se concretize de maneira incompleta e seletiva no território:

Os lugares e regiões mais empobrecidos e menos atrativos para o grande capital também apresentam menor atratividade e capacidade de investimentos na saúde, maiores dificuldades de atração e fixação de profissionais de saúde, menor capacidade de oferta assistencial pública e privada e maiores dificuldades relacionadas à gestão, ao financiamento e planejamento do SUS, resultando em tendências regionais de concentração e escassez populacional, econômica e das modernizações técnicas, científicas e informacionais, que caracterizam o meio geográfico (ALMEIDA, 2005a).

O SUS efetiva-se em todos os lugares do território brasileiro apenas enquanto norma (direito à saúde), mas não como modernização concreta (oferta de serviços, equipamentos, profissionais, recursos financeiros). Segundo Almeida (2005a), os locais que se encontram mais à margem dos atuais processos de modernização e inserção no mercado global são justamente aqueles nos quais o SUS encontra as maiores dificuldades para a atração e a fixação de profissionais, a oferta e manutenção de serviços qualificados e a arrecadação de recursos financeiros para serem investidos no sistema de saúde (ALMEIDA, 2005a).

Outro aspecto a se considerar é o crescimento da oferta mercantil em resposta a falta de alcance da oferta pública. Uma vez que o acesso aos serviços de saúde está diretamente vinculado às possibilidades oferecidas nos lugares, as desigualdades territoriais permitem que se instale e cresça o serviço privado conforme ressalta Silveira (2009): "[...] Quando a oferta pública não chega a todas as pessoas e a todos os lugares tende a instalar-se e a crescer a oferta mercantil, encarnando uma resposta segmentada e parcial a esses reclamos" (SILVEIRA, 2009). Não se ignora a correspondência necessária entre hierarquias urbanas e hierarquias de instituições de saúde, mas isso deve ser atribuição do Estado e não das empresas, afim de que se evitem excessivas distorções no acesso.

As contradições entre abundância e raridade que marcam os serviços de saúde em nosso país são, por um lado, fruto das opções políticas que geraram uma

distribuição qualitativamente e quantitativamente desigual dos objetos de saúde no território nacional e, de outro lado, da própria capacidade dos lugares.

A combinação de distintas densidades técnicas, sobretudo, aquelas vinculadas à assistência médica somada às características populacionais (nível de renda da população, densidade demográfica, inserção dos trabalhadores no mercado formal de trabalho, entre outros), ao dinamismo econômico dos lugares, ao grau de urbanização são alguns dos fatores que poderão desvendar a relação que se estabelece entre mercado e Estado e os desdobramentos na organização dos serviços de saúde (ALMEIDA, 2005b).

Enquanto objeto de saúde, o SAMU não foge à regra e também é afetado diretamente pelas escolhas políticas e condições existentes em cada lugar. As desigualdades relacionadas ao uso do território resultam situações de grande concentração e rarefação espacial das tecnologias, dos recursos e equipamentos assistenciais do SUS, impondo limitações para as políticas de saúde e para a própria expansão do sistema (ALBUQUERQUE, 2013).

As normas operacionais reafirmaram o poder centralizador do Ministério da Saúde ao regularem para todo o território nacional a forma de implementação da política de saúde. Privilegiaram o ente municipal nas suas atribuições, causando imprecisão e pouca clareza na definição do papel gestor estadual. O processo resultou na desarticulação de uma das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde: a regionalização.

A regionalização do SUS é uma prática necessária porque, conforme mencionado anteriormente, um único município raramente possui uma capacidade instalada assistencial que garanta a resolução de todas as demandas de saúde da população residente, sendo indispensável integrar ações e serviços de saúde em redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas, construídas a partir da relação solidária entre os três entes federados e da capacidade de cooperação intergovernamental em torno das lógicas de conformação do SUS no território.

O reconhecimento das limitações da estruturação descentralizada do SUS em lidar com o aumento das desigualdades socioespaciais confirmou a necessidade de combiná-la com estratégias regionais. Ao perceber o fracasso do enfoque apenas na descentralização, o Ministério da Saúde muda a lógica de gestão e organização

do sistema colocando de forma mais incisiva a regionalização como elemento norteador da política de saúde em todo território nacional.

1.2 Regionalização como estratégia de organização do SUS

A regionalização está presente como eixo estruturante e estratégia de conformação do SUS desde a Constituição Federal de 1988, quando ficou decidido que as ações e serviços de saúde deveriam compor uma rede regionalizada e hierarquizada. No entanto, o que se verificou desde a implantação do sistema foi um privilégio à estratégia de descentralização e estabelecimento da autonomia municipal na gestão dos serviços de saúde, sobretudo a partir do dispositivo das normas operacionais básicas, que autorizavam vínculos contratuais e repasses financeiros diretos entre o Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde em detrimento da atuação e participação das Secretarias Estaduais de Saúde no processo.

Conforme abordado no item anterior, o privilégio na estratégia da descentralização e a forma como ela fora implantada justificaram o atraso do enfoque em estratégias de regionalização no SUS. Considerando em especial a trajetória da descentralização da saúde, Gadelha et al. (2011) fazem uma análise e destacam aspectos que refletem as contradições e os impasses na construção do enfoque regional do SUS, que teria como pressuposto central a organização das ações e serviços no território.

Ainda que seja uma política territorial, a dimensão territorial não fora incorporada à formulação das políticas. Fato que resultou numa fragilidade da lógica territorial na formulação do SUS, com escassez de estratégias e instrumentos que visassem reduzir a iniquidade social e territorial, sem articulação entre os instrumentos que já existiam (GADELHA ET AL., 2011). Além disso, a falta de associação da descentralização com um projeto de regionalização nacional limitou as experiências de organização territorial das ações e serviços de saúde, gerando um sistema ineficiente, pouco sustentável, prejudicando o estabelecimento de uma racionalidade sistêmica (GADELHA ET AL., 2011).

O saldo positivo que se pode ter do processo de descentralização do SUS é a importância que ele teve para a expansão da cobertura dos serviços de saúde,

bem como a indução aos estados e municípios a aumentarem seu peso de financiamento público em saúde. Contudo, o processo não fora capaz de resolver as imensas desigualdades presentes no acesso, utilização e gasto em saúde, além de não ter conduzido à formação de arranjos mais cooperativos (VIANA ET AL.; 2011).

A tensão entre a regionalização e a descentralização da política de saúde acentuou-se no caso brasileiro por, pelo menos, mais duas razões: (1) diferentemente de outros países, o planejamento regional não se articulou aos processos de descentralização. Pelo contrário, houve uma dissociação entre a estratégia de descentralização e a regionalização logo no início da implantação do SUS; (2) as propostas de regionalização tiveram início tardio, se conformando após sucessivos ciclos de descentralização que tiveram como foco os milhares de municípios existentes (VIANA; LIMA, 2011).

No início dos anos 2000, fica evidente a necessidade de combinar a descentralização com estratégias regionais, devido ao reconhecimento das limitações da descentralização na estruturação e consolidação do SUS, além da ineficiência da estratégia em lidar sozinha com o aumento das desigualdades socioespaciais em saúde sem que se ferissem os princípios da Constituição.

VIANA & LIMA (2011), compreendem a regionalização na saúde como:

Um processo político que envolve mudanças na distribuição do poder e estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais (governos, organizações públicas e privadas, cidadãos) no espaço geográfico. Inclui ainda, a formulação e implementação de estratégias e instrumentos de planejamento, integração, gestão regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços no território (VIANA; LIMA, 2011).

A regionalização da saúde é concebida para integrar os sistemas municipais (por meio de sistemas regionais), ampliando o acesso e reduzindo a iniquidade em saúde. Visa também promover o estabelecimento de parcerias entre os entes federados (municípios e estados, em especial) uma vez que o processo de pactuação política no âmbito do planejamento territorial é crucial na conformação das redes de atenção a saúde, dado que estes entes são interdependentes entre si, apesar de autônomos.

Desde que o enfoque na regionalização firmou-se como estratégia para auxiliar a descentralização político-administrativa do SUS foram publicados três aparatos normativos que marcaram a trajetória de regionalização do sistema: a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (2001/02); o Pacto pela Saúde

(2006); e o Decreto nº 7.508 (2011). ALBUQUERQUE (2013) destaca em seu estudo três fases distintas da proposta de regionalização que marcam as mudanças nas diretrizes nacionais durante o período, tais mudanças evidenciam o aumento da complexidade técnica, normativa e política da estratégia de regionalização, indicando a crescente importância desta estratégia no planejamento e gestão do SUS.

1.2.1 Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (2001/02)

Marco desta primeira fase, a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS (2001/02) tinha por objetivo estabelecer o processo de regionalização como estratégia do SUS na busca por maior equidade atualizando os critérios de habilitação de estados e municípios. Segundo o Art. 1º da Portaria nº 373 (2002), a NOAS estabelece que:

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, 2002).

A NOAS definiu as diretrizes, os instrumentos de planejamento e a responsabilidade dos entes sobre o processo de regionalização do SUS, principalmente no que diz respeito à participação dos estados. A partir dela, todos os estados da federação ficaram encarregados de elaborar um Plano Diretor de Regionalização (PDR), que é o:

[...] instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção (BRASIL, 2002).

Os PDRs se tornaram o principal instrumento de atuação dos estados no ordenamento territorial do SUS e representam o peso dado as secretarias estaduais de saúde na condução do processo de regionalização neste período. A intermediação entre as demandas municipais e a resolutividade do poder central (Ministério de Saúde) ficava agora a cargo destas secretarias.

Segundo a NOAS, a organização da assistência no âmbito estadual deve basear-se em cinco conceitos-chaves e que deverão ser observados no PDR, sendo eles: Região de Saúde, Módulo Assistencial, Município-sede do módulo assistencial, Município-polo e Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde (BRASIL, 2002). Nesta diretriz fica exigido que as unidades da federação elaborem seus PDRs explicitando o papel de cada município no sistema estadual de saúde, o que é significativo se considerar o conceito geográfico de região.

Nenhuma das normas anteriores especificava o recorte espacial da região ou sequer lançava as bases para uma possível definição. A ausência desta base territorial impossibilitava o avanço das propostas de regionalização, principalmente se considerarmos que sem uma discussão e conceituação da região enquanto base para a expressão do fato político, não existe regionalismo (CASTRO, 1992). Por definição, a região é uma:

[...] fração estruturada do território. Por constituir uma estrutura, a região possui uma identidade que permite diferenciá-la do seu entorno. Essa personalidade regional possibilita a sua delimitação a partir da compreensão da especificidade que ela contém. A região é, portanto concreta, observável e delimitável. Como qualquer segmento do espaço, a região é dinâmica, historicamente construída e interage com o todo social e territorial. Portanto, suas características internas são determinadas e determinantes desta interação (CASTRO, 1992).

Por possuir uma dimensão territorial e uma social que interagem configurando uma escala particular do espaço, a região também se caracteriza como espaço vivido, espaço das relações sociais mais imediatas e da identidade cultural (CASTRO, 1992). Além disso, ainda existe no território o que Castro (1992) cita como superposição de escalas de poder entre a região como identidade territorial e aquela definida pela administração política do território, e que nos interessa mais no momento.

A região definida pela administração política do território difere de uma região de identidade territorial ligada ao espaço de vivência. A sua autonomia é funcional à administração territorial das decisões políticas, sendo necessária a existência de ligações com instituições de nível local e regional. Desta forma, regiões políticas definidas a partir de decisões de um poder centralizado possuem um significado próprio e articulam novas escalas territoriais de relações sociais.

Segundo RIBEIRO (2015), a região como recorte territorial para a produção de políticas públicas constitui-se, como: i) campo de práticas, de normas, internas e externas, e de valores sociais, mercadológicos, culturais e políticos, campo este semeado por contradições entre os processos institucionais globais e nacionais que nela incidem e as relações entre os indivíduos e atores sociais que ali vivem, circulam e interagem; e, ii) território usado, que assume na atualidade globalizada um novo funcionamento, resultante das verticalidades e horizontalidades⁴ que acontecem simultaneamente como redes e como espaço de todos (SANTOS, 2005).

De forma complementar, CONTEL (2015) sumariza o conceito de região como o resultado da dialética entre dois tipos de lógica: uma que é dada pelos arranjos internos (horizontalidades) de cada divisão do trabalho regional (que é mais o resultado da formação histórica, espontânea das regiões) e outra que é expressa pela influência cada vez mais aguda de vetores externos (verticalidades) (sejam eles normas, fluxos de informação, de capitais, de mercadorias, de investimentos etc.) que instalam sobre estas combinações preexistentes seus nexos 'organizacionais'. (CONTEL, 2015). As duas lógicas contribuem para a compreensão e definição dos contornos regionais dos territórios no mundo contemporâneo, além de contribuir para que um mesmo processo global tenha resultados distintos e particulares conforme a localidade.

Tal como o conceito de região política exposta por CASTRO (1992), o conceito de região presente na norma possui caráter de recorte territorial de atuação de uma política. Segundo a Portaria MS/GM nº 373, a região de saúde é a:

[...] base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma

⁴ As extensões formadas de pontos que se agregam sem descontinuidade (tal como a definição tradicional de região) definem as "horizontalidades". As "verticalidades" se dão pelos pontos no espaço que, separados uns dos outros, asseguram o funcionamento global da sociedade e da economia. O espaço é composto por diversos tipos destes recortes, inseparavelmente (SANTOS, 2009 [1996]).

região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais (BRASIL, 2002).

Segundo Raul Borges Guimarães (2005), a proposta de regionalização concebida pela política de saúde e efetivada a partir da NOAS, baseou-se na visão “ibgeana” de divisão regional, pois concebeu “[...] a totalidade espacial como um somatório das partes, abstraindo-se as variáveis mais significativas para a identificação de suas características mais homogêneas” (GUIMARÃES, 2005).

Além disso, a divisão regional estabelecida pela referida portaria só tinha sentido quando pensada em par com a hierarquização, onde o nível mais complexo era visto como o mais importante da rede:

[...] a região de saúde concebida na NOAS sugere a delimitação de um espaço contínuo, que diz respeito a uma parte de alguma unidade da federação, e cuja lógica é determinada pela interdependência funcional e pela polarização de um determinado município-sede, com um raio de abrangência de outros municípios vizinhos por meio dos fluxos entre os serviços de saúde de suas aglomerações urbanas, envolvendo um conceito operacional com vistas à intervenção dos planejadores [...] (GUIMARÃES, 2005).

A NOAS não era suficiente para incentivar mecanismos de co-gestão regional do SUS. Como ela deliberava autonomia para cada unidade federativa estabelecer sua própria divisão regional, indagava-se se a norma provocava avanços na forma de organização dos serviços de saúde ou se simplesmente reforçava as estruturas já existentes. Desta forma, a norma gerava uma diversidade grande de situações já que cada estado adotava seus próprios critérios (GUIMARÃES, 2005).

A NOAS estruturou, pela primeira vez, uma proposta concreta e detalhada de regionalização da assistência à saúde trazendo instrumentos de planejamento, gestão e financiamento, definição das responsabilidades e objetivos claros quanto aos desafios a serem superados. Apesar desse mérito, recebeu muitas críticas devido à rigidez das regras e regulações federais sobre o processo, conformando a regionalização proposta pela NOAS neste período como “normativa” (ALBUQUERQUE, 2013).

As diretrizes nacionais focaram a estruturação das regiões de saúde por meio de critérios de funcionamento e hierarquização das redes e fluxos assistenciais, mesmo sem ter uma definição clara quanto ao conceito e os

instrumentos de planejamento e gestão da rede de saúde, fato que afetou a implantação do SAMU poucos anos depois (2003), uma vez que o serviço que carecia de uma proposta mais clara de regionalização.

1.2.2 “Pacto pela Saúde” (2006)

A partir de 2006, a estratégia da regionalização se fortalece no contexto da proposição de uma nova agenda de desenvolvimento, que visava à redução das desigualdades regionais em saúde, o fortalecimento da gestão, da cooperação intergovernamental, do planejamento do SUS e a ampliação dos investimentos no sistema.

Na primeira fase, como política social, o Pacto pela Saúde (2006) elegeu a regionalização do SUS como estratégia prioritária para a integração dos serviços e ações de saúde e a diminuição das desigualdades socioespaciais em saúde, contudo não propõe um modelo padrão para as regiões de saúde, conceituadas como:

[...] recortes territoriais inseridos em espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, das redes de comunicação e infraestrutura e de transportes compartilhados no território (BRASIL, 2006).

O Pacto inova na instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) que são espaços permanentes de negociações intergovernamentais (estado e municípios), criados para organizar as redes assistenciais regionalizadas e orientar a ampliação dos investimentos públicos no SUS. Os CGRs representam os espaços de pactuação e co-gestão solidárias, devendo ser compostos por todos os gestores municipais de saúde e pelos representantes do(s) gestor(es) estadual(ais), pressupondo sempre o consenso dos entes nas decisões tomadas (BRASIL, 2007).

A necessidade dos colegiados repousa na configuração jurídico-administrativa do SUS, uma vez que somente colegiados intergestores de âmbito nacional, estadual e regional serão capazes de operar uma rede de entes federados, todos autônomos entre si, ao mesmo tempo em que são interdependentes na garantia da integralidade da atenção à saúde. Com o intuito de estabelecer os espaços de co-gestão, os colegiados são capazes de unir entes autônomos,

interdependentes na realização de serviços integrados, sem ferir suas autônomoias, uma vez que toda decisão deverá ser consensual (BRASIL, 2007).

Nesses termos, a região se impõe como um espaço de manifestação da solidariedade entre os parceiros que compartilham a gestão do sistema. Ela não existe sem disputa política e pode ser definida como o espaço de solidariedade e de sinergias necessárias para a concretização do SUS, em seu plano operacional.

Todavia, a constituição dos CGR nos estados brasileiros tem sido gradual e desigual, apresentando processos mais acelerados em algumas regiões do país e um atraso significativo em outras, como é o caso da região Norte do país. Esse processo reflete condições diferenciadas entre os estados brasileiros, relativos aos processos mais antigos de regionalização já incorporados em determinados estados, como é o caso de Minas Gerais, Bahia, Pernambuco e Rio Grande do Sul e outros mais recentemente, como são os casos do Estado do Rio de Janeiro (devido à fusão entre o extinto Distrito Federal e o antigo Estado do Rio de Janeiro), do Tocantins (desmembrado de Goiás) e dos antigos territórios brasileiros transformados em estados (casos do Amapá, Roraima e Rondônia), cuja identidade estadual ou regional é muito embrionária (FEITOSA, 2013). Nos estados em que os CGR têm se fortalecido, ou seja, em que há um processo de legitimação e institucionalização dessas arenas políticas, a condição para mudanças fica mais favorável.

A proposta de regionalização lançada no Pacto Pela Saúde trabalha com a ideia de regiões solidárias e cooperativas, formadas a partir das diferentes dinâmicas territoriais. O pacto facultou autonomia aos estados e municípios para extrapolar os limites jurídico-administrativos de seus territórios e constituírem-se em regiões de saúde interestaduais, intramunicipais e internacionais, desta forma a saúde passava finalmente a ser vista como fenômeno capaz de ultrapassar os limites estabelecidos por fronteiras jurídicas e administrativas. Para estes casos, fazia-se necessária uma regionalização própria.

Em relação à NOAS, GUIMARÃES (2015) aborda esta guinada na apreensão do conceito de região dentro do planejamento da política regional nacional de saúde:

Podemos identificar nesse processo de significação do conceito de região uma tensão entre duas abordagens. A primeira delas compreende a região como uma unidade de planejamento e, por isso, entendida como um recorte territorial estabelecido pelos gestores para a intervenção na realidade local. A segunda abordagem, não menos importante, compreende a região como um ente histórico, resultado das múltiplas determinações da vida social, o que conforma a ideia de uma realidade em produção, que se organiza no caminhar da própria prática política (GUIMARÃES, 2015).

Diferente da NOAS, o Pacto pela Saúde firma pressupostos que devem ser abrangidos pelas estratégias e políticas que consolidarão a regionalização. Trata-se de mais uma forma de lançar as bases de como a regionalização deve ser implementada e qual a natureza desta regionalização. Por pressupostos temos: Territorialização, Flexibilidade, Cooperação, Co-gestão, Financiamento solidário, Subsidiariedade, Participação e controle social (BRASIL, 2007).

A elaboração do Pacto pela Saúde marcou um período de “regionalização viva”, conforme proposto por ALBUQUERQUE (2013). O Pacto focava na estruturação de regiões de saúde, definidas a partir de acordos intergovernamentais, respeitando as diversidades locais a respeito dos critérios sobre a regionalização e a conformação de redes de saúde. Ainda que não defina bem os conceitos e instrumentos para viabilizá-las, é a partir do “Pacto pela Saúde” que uma efetiva regionalização do SAMU passa a ocorrer.

1.2.3 Decreto nº 7.508 (2011)

O Decreto Presidencial nº 7.508 (2011), assinado pela Presidenta Dilma Rousseff, deu novas diretrizes à regionalização do SUS incorporando um conceito mais estruturado de Redes de Atenção à Saúde (Portaria 4.279/10), novos instrumentos de planejamento regional, como o Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde (COAP) e o Mapa da saúde⁵, definindo o rol mínimo de ações, procedimentos e tecnologias oferecidos pelo SUS.

⁵ Trata-se de uma descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema. A orientação é que o Mapa da Saúde seja utilizado na identificação das necessidades de saúde e oriente o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde (BRASIL, 2011).

Segundo CAMPOS & SANTOS (2015), o decreto nº 7.508 enriqueceu a arquitetura do SUS, em especial no que tange os espaços de negociação interfederativa regional. Com o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), instrumento jurídico-institucional de caráter regional, os entes federativos em uma região de saúde passavam a poder integrar seus serviços e recursos financeiros numa administração melhor capacitada a negociar, fazer consenso e pactuar os aspectos essenciais para o SUS, além de melhor definir as atribuições que competem a cada ente na região de saúde e estabelecendo quem responde pelas referências sanitárias e quem as financia (CAMPOS; SANTOS, 2015).

Na visão de CAMPOS & SANTOS (2015), o COAP traz segurança jurídica aos contratados e pode contribuir para a desjudicialização da saúde por centrar-se fortemente no conceito de responsabilidade solidária no sentido sistêmico, indo além da concepção de responsabilidades iguais entre entes desiguais. Desta forma, o COAP contribui para a governança regional por conferir aos entes locais o poder de se unirem na região de saúde e dirigirem seus serviços de forma compartilhada, tendo apoio do Estado e da União.

O decreto reafirma também a importância da regionalização como ferramenta de planejamento e operacionalização da gestão do SUS em todo o território nacional e definiu a região de saúde como um:

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhadas, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p.1).

Esta proposta reforça aquela apresentada no Pacto pela Saúde e vê a região como um ente constituído com base na diversidade das situações e arranjos de cada lugar. No entanto, a principal novidade instituída pelo Decreto nº 7.508 se trata da organização da assistência regional por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), entendidas como “conjuntos de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011).

O Decreto 7508/2011 enfatiza que o SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. O processo de planejamento da saúde deve ser encarado como obrigatório para os entes públicos e como indutor de políticas para a iniciativa privada. Desta forma, devem ser considerados no planejamento, os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional (BRASIL, 2011).

Especificamente em relação à hierarquização, o Decreto 7508/2011 estabelece as portas de entrada do SUS, pelas quais os pacientes podem ter acesso aos serviços de saúde, sendo elas: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial e, ainda, especial de acesso aberto (BRASIL, 2011).

O principal intuito do enfoque nos diferentes tipos de atenção é garantir o acesso ao SUS aumentando as opções de entrada e principalmente desafogar o hospital que até então era a principal forma de acesso ao sistema para a maioria dos tipos de ocorrências. A ação permitia o melhor encaminhamento e acesso dos usuários ao sistema conforme sua necessidade, garantindo em tese a articulação das ações e serviços na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

O Ministério da Saúde define RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meios de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010, p. 89). É uma proposta que visa estabelecer conexões entre os diferentes tipos de atenção à saúde, desde o nível mais básico até o nível mais especializado.

Rede de atenção à saúde pode ser definida como uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de um determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde (SILVA, 2008).

A compreensão de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e que envolvem tecnologias de diferentes complexidades e custos estimula a integração de um serviço numa rede de saúde. Pressupõe-se que determinado serviço não consegue sozinho resolver as demandas que chegam até ele, desta forma ele terá que contar com outros serviços de saúde (de menor ou maior complexidade), bem como com outras redes que se articulam com o setor saúde e que lhe dão suporte, como a educacional, a de ciência, e tecnologia, a de transportes e de infraestrutura, entre outras.

A organização da assistência regional do SUS ganha contornos mais complexos por meio das redes de atenção. O conceito de rede remete a várias concepções e significados, estando presente em quase todos eles a ideia de conexão, entrelaçamento e comunicação. Conforme menciona SANTOS (2009 [1996]), a noção de rede pode ser enxergada segundo três sentidos:

[...] a) polarização de pontos de atração e difusão, que é o caso das redes urbanas; b) projeção abstrata, que é o caso dos meridianos e paralelos na cartografia do globo; c) projeção concreta de linhas de relações e ligações, que é o caso das redes hidrográficas, das redes técnicas territoriais e, também, das redes de telecomunicações hertzianas, apesar da ausência de linhas e com uma estrutura física limitada aos nós (SANTOS, 2009 [1996], p. 263).

Assim sendo, o conceito de rede representa uma forma particular de organização e, no âmbito dos processos de integração, de desintegração e de exclusão espacial, ela “aparece como instrumento que viabiliza duas estratégias: circular e comunicar” (DIAS, 1995, p. 147). Como consequência, as redes têm o potencial simultâneo tanto de solidarizar como de excluir, de promover tanto a ordem como a desordem, propriedade caracterizada como “conexidade” (DIAS, 1995). Com base nisso, uma rede pode se referir tanto a uma administração de fluxos de informação como também a um processo de comunicação que se materializam no território.

Segundo GUIMARÃES (2005), a rede de saúde pode ser compreendida como um sistema interconectado que funciona por meio da circulação de pessoas, mercadorias ou informações. Não se trata só de uma rede de equipamentos conectados, mas de um conjunto de atores sociais que a frequentam em busca de

um objetivo ou para cumprir uma tarefa bem localizada territorialmente (GUIMARÃES, 2001).

Os demais serviços que compõem as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde têm como objetivos suprir as necessidades de oferta ambulatorial especializada, hospitalar, de suporte diagnóstico, de assistência farmacêutica e de transporte. A distribuição desses pontos nas regiões de saúde deve atender critérios de economias de escala, escopo e acessibilidade⁶ (SILVA, 2011).

Assim, mesmo não adotando uma base teórico-metodológica geográfica muito aprofundada, a organização da RAS, como toda rede, também imprescinde de um componente territorial, sobretudo da materialidade⁷, uma vez que sem isso ela não seria eficaz. A sua eficácia depende dos pontos de conexões entre as redes e estes só poderão ser delimitados a partir de fluxos gerados pela localização e pela distribuição dos fixos no território (FEITOSA, 2013).

Ainda devido a esta materialidade assumida pelas políticas públicas como redes no território, RIBEIRO (2015) entende que é preciso também incorporar a dimensão da rede urbana em todas estas políticas, uma vez que a rede urbana é a que melhor materializa e sintetiza os processos políticos que impulsionam a dinâmica de inovações tecnológicas, de rearticulações sociais, de empreendimentos econômicos e de produção governamental. Devido a sua densidade e seus fluxos que variam significativamente nas diferentes regiões do país, a rede urbana condiciona o desenvolvimento local e a vida nas cidades, tendo impacto direto sobre os resultados das políticas públicas (RIBEIRO, 2015).

GUIMARÃES (2005) reforça esta visão quando considera que nenhuma outra rede de serviços tem o mesmo poder de produção, reprodução e enunciação

⁶ “Economia de escala é obtida quando o custo médio dos procedimentos diminui pelo bom aproveitamento da capacidade instalada, com distribuição dos custos fixos para o maior número possível de procedimentos, eliminando ociosidades e desperdícios. Economia de escopo se obtém ampliando a gama de serviços oferecidos pela unidade assistencial, com isso reduzindo também os custos fixos pelo fato de eles se diluírem em tipos diferentes de procedimentos” (SILVA, 2011).

⁷ Considerando a materialidade, a rede é toda infraestrutura que permite transporte de matéria, energia e/ou informação e que se inscreve sobre um território onde se caracteriza pela topologia de seus pontos de acesso, arcos de transmissão, nós de bifurcação ou de comunicação. Conforme a segunda dimensão, além da materialidade que apresenta, a rede é também social e política, sendo também composta pelas pessoas, mensagens e valores que a frequentam (SANTOS, 2009 [1996]).

de representações sociais da vida urbana como a da saúde. A saúde pública, por meio da expansão de seus serviços, está inserida no tecido urbano e é parte constitutiva da divisão social e técnica do trabalho (GUIMARÃES, 2005).

Desta forma, CONTEL (2015) defende que o tratamento do tema da regionalização deva considerar a rede urbana, uma vez que esta permite uma ampla análise de pelo menos duas importantes dimensões do acesso aos serviços de saúde na contemporaneidade: 1) a distribuição mais equitativa dos equipamentos e ações de atenção à saúde a partir do nível de complexidade dos serviços e de sua articulação com a própria hierarquia das redes urbanas regionais; 2) o uso da distribuição desses equipamentos como forma de desenvolvimento regional, tanto pela consecução de políticas que melhorem a qualidade de vida/saúde da população (em áreas de baixa densidade de oferta de serviços) quanto pelo uso de verdadeiros “complexos industriais de saúde” (Gadelha et al., 2011) – ou “[...] circuitos espaciais produtivos da saúde” (ANTAS Jr., 2013 apud CONTEL, 2015) – como forma de aumentar o dinamismo econômico local e regional (CONTEL, 2015).

A partir do Decreto nº 7508/11, iniciou-se a fase da “regionalização contratualizada” (ALBUQUERQUE, 2013), cujo foco foi a estruturação de regiões de saúde a partir de acordos intergovernamentais formalizados por meio de contratos e da conformação de redes de atenção à saúde, baseadas em definições, critérios e instrumentos específicos de planejamento e financiamento. Objetivou-se concretizar o processo de regionalização garantindo maior segurança jurídica aos gestores além de efetivar a integração de redes de atenção à saúde, a partir das regiões estabelecidas, com foco na integralidade do acesso, frente às necessidades de saúde da população.

Contudo, a região contratualizada não se concretiza apenas por meio dos contratos organizativos, mas, sobretudo, pelas relações intergovernamentais estabelecidas e pelas conexões geográficas entre os lugares contíguos que compartilham fixos e fluxos assistenciais diversos e questões comuns a serem resolvidas pelas políticas públicas. Exemplo da diferenciação é observado na constituição gradual dos CGR nos estados brasileiros, tendo processos mais acelerados em algumas regiões do país e extrema lentidão em outras, como é o caso da região Norte do país.

* * *

Conforme foi visto ao longo do capítulo, a regionalização do SUS é estabelecida conforme diretrizes elaboradas por um poder centralizado. Contudo ela é rebatida no território conforme fatores históricos, territoriais, políticos e sociais próprios das diferentes localidades. Estes fatores resultam em diferentes capacidades técnicas, políticas, financeiras e informacionais dos estados e municípios para a conformação de regiões de saúde e suas redes de atenção à saúde. Faz-se necessário o reconhecimento da especificidade que o processo de regionalização assume em cada localidade conforme encontra diferentes configurações territoriais, em diferentes escalas na internalização das políticas públicas.

Com o intuito de se estudar o SAMU-192 (política pública do SUS), primeiramente se fez necessário o esforço de compreender as diretrizes que condicionaram (e condicionam) a organização e a estrutura do SUS, bem como fazer uma breve periodização delas, afim de que se possa mais adiante analisar como isso afeta e condiciona a própria dinâmica do SAMU-192.

No próximo capítulo nossa análise irá abordar como se condicionou a regionalização na implantação do SAMU-192 no território nacional. Busca-se verificar se ocorre uma diferenciação no processo de internalização da política e as especificidades que o serviço assume em diferentes localidades.

CAPÍTULO II – O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU-192) NO TERRITÓRIO BRASILEIRO

2.1 Caracterização do SAMU-192

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) é uma política pública descentralizada integrante da atual Rede de Atenção às Urgências (RAU) do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011a). É um serviço gratuito voltado ao atendimento inicial às urgências e emergências sejam elas de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras que possam levar a sofrimento, a seqüelas ou mesmo a morte. Representa o componente pré-hospitalar móvel da rede (BRASIL, 2011a), de forma que a ação do socorro se dá “in loco” e antecede a ação prestada por uma unidade de saúde (Hospital ou Pronto-Socorro).

A solicitação deve ser feita através de chamada gratuita para o telefone “192” que funciona 24h/dia. A depender do tipo de situação o atendimento começa a partir da chamada telefônica, seja por meio de orientações prestadas sobre as primeiras ações e/ou pelo envio de veículo com equipe especializada (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores socorristas) para o local da ocorrência. O resgate é acionado pela Central de Regulação das Urgências por meio de um médico regulador que julga a necessidade do envio de veículo e recursos conforme o contato e as informações prestadas.

A experiência de regulação médica das urgências tem sua origem no atendimento pré-hospitalar francês e o modelo implantado aqui é amplamente inspirado na organização deste modelo, o “SAMU DE FRANCE” (GARCIA, 2006). O modelo francês propõe o início precoce da terapêutica, fundamental para as emergências clínicas, contudo tem sido criticado na atenção ao trauma pelo retardo no transporte para o local definitivo de atendimento. Diferente do modelo americano que preconiza a remoção rápida do paciente para o local de atendimento (MACHADO ET AL., 2010).

Contudo, o modelo brasileiro do SAMU adquiriu características próprias. Ainda que tenha sido inspirado por experiências internacionais, o modelo brasileiro não é 100% “medicalizado” como o modelo francês, reflexo da adequação às condições existentes no país. Tal como a situação do “socorrista” que não possui legislação no Brasil e fica descartado da estratégia do SAMU, diferente de enfermeiros, auxiliares de enfermagem e técnicos da área que suprem a ausência dos médicos e possuem legislação que os dê suporte (MACHADO ET AL., 2010).

O SAMU-192 é um serviço territorializado e móvel. Orienta-se que suas ambulâncias sejam distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. Sua prioridade é possibilitar a cada vítima um atendimento no menor tempo possível. As unidades móveis podem ser ambulâncias, motolâncias (áreas remotas ou de tráfego intenso), ambulanchas (atendimento de populações ribeirinhas) ou aeromédicos (situações específicas), conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível. (Portal Saúde, 2016).

Por ser um serviço cuja eficiência é definida conforme um tempo-resposta de atuação, o SAMU necessita de localização estratégica para melhor atendimento das ocorrências, minimizando o tempo de deslocamento ao local da chamada e reduzindo riscos e gastos nos percursos. Desta forma, técnicas de georreferenciamento são usadas para a implantação das bases de apoio (OLIVEIRA, 2008).

Seu atendimento pode ser primário (oriundo do cidadão), ou do tipo secundário (remoção), neste último caso, a solicitação parte do serviço de saúde onde o paciente já tenha recebido os primeiros cuidados. Já as causas do atendimento podem ser definidas como externas (traumas, violência, acidentes em geral) e clínicas (doenças do aparelho circulatório, hipertensivas, gravidez, transtornos mentais, entre outras) (CABRAL; SOUZA, 2008).

O fluxo operacional do atendimento (Figura 2) é realizado basicamente em 9 etapas: Atendimento da chamada, regulação do evento, solicitação e localização das ambulâncias, chegada ao local e atendimento inicial à vítima, transporte da vítima

até o hospital informado, chegada ao hospital e passagem da vítima para a equipe médica, liberação da ambulância, preparo da ambulância, retorno à base (KOLEITAT et al., 2013).

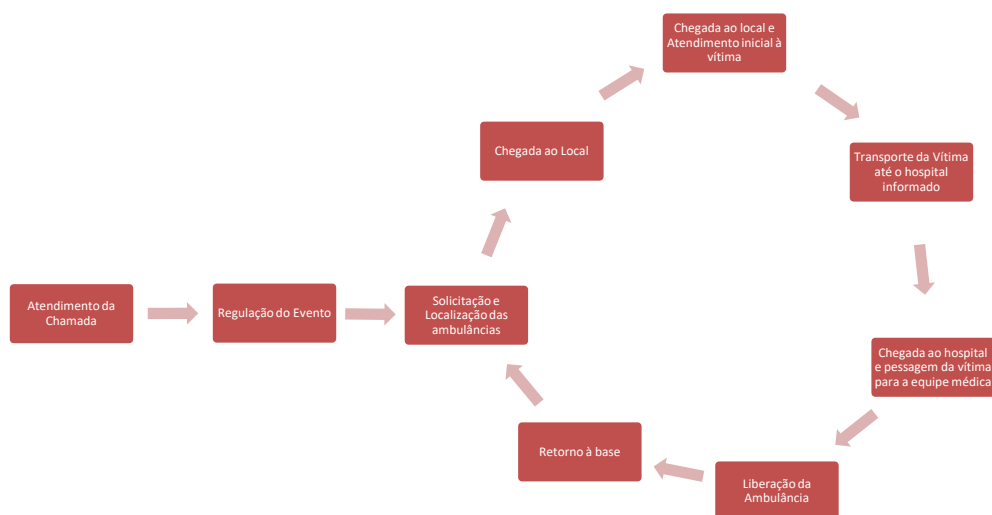


Figura 2: Fluxograma operacional de atendimento de chamado do SAMU-192. Elaboração do autor

Embora alguns autores façam diferenciação entre os termos, os documentos federais abordam “urgência” e “emergência” de forma genérica quando se referem à implantação do SAMU. Desta forma, também não será feita a distinção dos termos neste trabalho.

2.2 Breve histórico de implantação do serviço

O SAMU-192 teve início através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, por meio de uma solicitação do Ministério da Saúde. Criado em 2003 por meio de portaria, o SAMU passou por redefinições de diversos aparatos legislativos. Embora tenha sido oficializado pelo Ministério da Saúde por meio do Decreto nº. 5.055, de 27 de abril de 2004, atualmente é a portaria Nº 1.010, de 21 de Maio de 2012 que redefine as diretrizes para a implantação do serviço e de sua

Central de Regulação das Urgências como componentes da Rede de Atenção às Urgências (RAU).

Conforme as pressões sobre os serviços de urgência e emergência têm aumentado em face de mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais, muitos países organizaram sistemas para atendimento às urgências e emergências, sob modelos distintos. Considerando esta necessidade de estruturação, por parte do poder público, de rede regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências (conforme o que preconiza a Carta Magna e a Lei nº 8.080/1990), afigurou-se também de relevância pública a normatização da organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências de modo a desconcentrar a atenção efetuada exclusivamente pelos pronto-socorros. Sendo o SAMU um dos principais elementos desta estratégia atualmente.

Pela primeira vez que fora instituído, o SAMU representava a primeira etapa de implantação e componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). Fruto do trabalho conjunto do Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, a PNAU nascia como resposta a um contexto de mobilização pela redução da alta taxa de morbimortalidade relacionadas às violências e acidentes⁸.

Este primeiro momento anterior à PNAU era caracterizado pela emissão de normas pontuais para a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência e publicação da primeira portaria voltada para o atendimento pré-hospitalar móvel (Portaria 814/2001⁹). Ainda que não houvesse uma política nacional estruturada para a área, debates subsidiaram a formulação da PNAU, como a discussão sobre experiências internacionais, de municípios específicos e do Corpo de Bombeiros no atendimento às urgências no país. Alguns poucos municípios já possuíam um serviço de resgate por intermédio de sistema regulador chamado “SAMU” anterior à Portaria e ao Decreto, São Paulo e Campinas são exemplos (DALLARI et al., 2001; BARBOSA, 2001), atualmente estes sistemas não existem

⁸ Portaria MS/GM nº 737 (16/05/2001) - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

⁹ Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no País. Foi revogada/substituída por portarias posteriores.

mais, foram incorporados e/ou modificados para atender às normas do programa federal do SAMU.

Historicamente, o Corpo de Bombeiros tem atuado em todo o país, com atendimento em linha própria (193), sem ter necessariamente uma regulação médica. O atendimento é feito, habitualmente, por técnicos de enfermagem, incluindo presença de médicos em algumas capitais. Também são organizados por meio de uma central de regulação e dispõe de ambulâncias diferenciadas, conforme a complexidade.

É importante ressaltar que os serviços de atendimento pré-hospitalar previamente implantados nos estados pelo Corpo de Bombeiros não deixaram de existir. A PNAU inclusive considerava os serviços de segurança pública como parte integrante da rede, porém de maneira complementar. Assim, a implantação do SAMU-192 no âmbito nacional ocorreu de maneira conflituosa com a corporação. O conflito se caracterizou principalmente pelo sentimento por parte da corporação de desvalorização da experiência acumulada pelos profissionais, pela falta de participação na formulação e implantação do SAMU e falta de apoio e suporte financeiro do setor de saúde no atendimento pré-hospitalar já existente (MINAYO, DESLANDES, 2008).

Contudo, em alguns municípios e regiões, a transição na implantação do SAMU se deu na convivência entre os dois modelos ou, em alguns casos, no trabalho articulado e conjunto entre ambos. Nestes casos, ambos os modelos podem se deslocar até a vítima, contudo, a depender da situação, prioriza-se o SAMU para atendimentos de causa clínica e externa e o Corpo de Bombeiros para atendimentos voltados a acidentes e situações de risco à vida (incêndios, desmoronamentos, desabamentos, vítimas presas em ferragens, etc.).

A PNAU se tratava de uma política de promoção da saúde a ser implantada em todas as unidades federadas (respeitando as competências das três esferas de gestão) e elemento de avanço na construção do SUS. Tal como o SUS, a PNAU tem como diretrizes a universalidade, integridade, descentralização, participação social, e a humanização como direitos de todo cidadão. Preconiza a estruturação de uma

rede¹⁰ de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências e sua organização pauta-se no dever de:

[...] consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas redes de atenção; (BRASIL, 2003a).

O SAMU fora estabelecido dentro de tal política e pressupunha o enfoque na diretriz da regionalização, contudo neste período, sua implantação se deu principalmente no âmbito do município e porventura e a depender da necessidade, em regiões. No caso de implantação de uma central de abrangência regional, ficava estabelecido que devesse haver um pacto entre municípios e estado com o intuito de otimizar o investimento e favorecer a possibilidade de financiamento tripartite (BRASIL, 2003b). A construção e ordenamento dos sistemas regionais deveriam ser ativamente operados pelos Estados, estes deveriam promover a mediação entre os gestores municipais da saúde, assim como os fluxos entre as centrais de regulação regionais (BRASIL, 2003b).

Apesar da portaria nº 1.864/2003 e do decreto 5.055/2004 reforçarem a implantação em municípios estimulando a descentralização, a regionalização da rede de serviços fora pouco abordada ou normatizada neste primeiro momento. Fato consonante ao período em que o SUS estava sob orientação das NOAS 01/02 nas quais havia pouco suporte quanto às diretrizes para estabelecimento da regionalização dos serviços além dos resquícios que a descentralização de cunho municipalista ainda deixara na estruturação dos serviços do SUS.

Considerando o SUS, o município foi, durante muito tempo, um núcleo básico organizacional e executivo do sistema. Esta antiga fragmentação típica da saúde pública esbarrava na dificuldade de integração em rede das atuais políticas, estas decorrentes do fracionamento municipal dos programas centralizados na esfera federal.

As principais mudanças institucionais neste primeiro período foram a formalização da Coordenação Geral de Urgências e Emergências (CGUE) na

¹⁰ Sua organização de rede loco regionais de atenção integral previa 4 componentes: Pré-hospitalar fixo, Pré-hospitalar móvel (SAMU-192), Hospitalar e Pós-Hospitalar (BRASIL, 2003a)

estrutura ministerial, a construção de regras nacionais relativas ao SAMU e a instituição de mecanismos de financiamento específicos (MACHADO ET AL, 2010)

O componente pré-hospitalar móvel, representado pelo SAMU-192, foi o carro chefe da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, fato que culminou na expansão do SAMU neste período. Contudo, pouco enfoque fora dado aos demais componentes da rede e apenas a partir de 2009 se deu o predomínio da implantação do componente pré-hospitalar fixo da rede, as Unidades de Pronto-Atendimento (UPAs) que funcionariam articuladas ao SAMU.

Segundo MACHADO et al (2011), a evolução da construção da política pública para atenção às urgências teve três momentos distintos: de 1998 até 2003, houve um predomínio da regulamentação; de 2004 a 2008, houve uma grande expansão do SAMU (componente móvel da atenção pré-hospitalar); e a partir de 2009, finalmente predominou-se a implantação do componente fixo da atenção pré-hospitalar, representado pelas Unidades de Pronto-atendimento – UPAs (MACHADO et al., 2011).

A UPA possui um caráter assistencial voltado ao pronto-atendimento e institui-se enquanto unidade intermediária entre a atenção básica e as emergências hospitalares. Trata-se do:

[...] estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da família e a Rede Hospitalar devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências (BRASIL, 2011b).

As UPAs podem ser classificadas em três diferentes portes, conforme população do município sede, área física, número de leitos disponíveis, gestão de pessoas e capacidade diária de realizar atendimentos médicos (BRASIL, 2011b).

Segundo KONDER e O'DWYER (2015), a implantação das UPAs é correlacionada ao processo de reconfiguração da rede assistencial no âmbito do SUS. Sua expansão foi justificada pela própria expansão do SAMU, uma vez que articulada aos demais componentes da rede, as UPAs servem de retaguarda para o SAMU. Ambos são complementares entre si, as UPAs têm por competência: funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU e solicitar retaguarda técnica ao SAMU sempre que necessário (BRASIL, 2011b).

Atualmente, são 509 UPAs em funcionamento, das quais 77,7% foram construídas com recursos do Governo Federal (Quadro 1). O peso do financiamento federal é maior nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste.

Quadro 1: Números absolutos e proporcionais de UPAs em funcionamento total e construídas com recursos do Ministério da Saúde, 2016

Regiões	UPAs em funcionamento	UPAs Financiamento MS	% UPAs investimento MS
Centro-Oeste	40	35	87,5
Nordeste	131	111	84,7
Norte	27	24	88,8
Sudeste	242	169	69,8
Sul	69	57	82,6
Total	509	396	77,7

Fonte: DAE/SAS/MS, Outubro 2016. Organização do autor.

Além disso, como exigência para o recebimento de recursos federais as UPAs devem ter “SAMU 192 habilitado na área de cobertura da UPA 24h, ou, na ausência deste, compromisso de implantação do SAMU dentro do prazo de implantação da UPA 24h” (BRASIL, 2012b). Esta foi a forma que garantir que os componentes da rede estivessem articulados entre si e atendessem uma mesma região.

Considerando a integração em rede dos serviços e a compreensão de fixos e fluxos, as UPAs constituem-se em elemento paralelo da espacialização do SAMU e exigem um estudo mais aprofundado para que se compreenda o serviço como um todo. Deve-se compreender como tal política vem sendo efetivamente aplicada no território, uma vez que estudos apontam problemas na sua implementação, desde problemas de integração com os sistemas de regulação e demais serviços da rede como principalmente no quanto a política se deu de forma fragmentada (KONDER; O'DWYER, 2015).

Posteriormente, com a revogação das portarias e com a instituição de um novo enfoque na política de atenção às urgências, o SAMU é reformulado. Conforme visto no capítulo anterior, a partir do Decreto 7.508/2011 fica estabelecida a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990) para que se disponha, dentre outras definições, a respeito das Regiões de Saúde, do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, das Comissões Intergestoras, do Mapa da Saúde e da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A partir deste decreto ficaram estabelecidas, de forma mais objetiva, as definições e pré-requisitos da Região de Saúde assim como o caráter regional no estabelecimento do SUS e da implantação de políticas e ações públicas na Saúde. As Regiões de Saúde instituídas pelo Estado passam a ter que possuir ações e serviços de atenção, urgência, emergência e vigilância em saúde, articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Além de que todas as ações de saúde devem ser realizadas de modo a garantir que todo o tratamento indicado seja realizado dentro desta mesma região (BRASIL, 2011c).

Nesta nova reformulação, o SAMU passa por uma redefinição das diretrizes de sua implantação e passa a ser componente da Rede de Atenção às Urgências (RAU). A partir de então, suas diretrizes pautam-se de forma mais significativa em uma regionalização do serviço.

Dentre as definições destaca-se a menção às Bases Descentralizadas:

[...] infraestrutura que garante tempo resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s); (BRASIL, 2012a).

As bases eram parte integrante das diretrizes das portarias anteriores, porém, ressalta-se o seu maior enfoque e o caráter regional presente nesta definição, fazendo parte de um Plano de Ação Regional (plano de estratégias discutidas e apresentadas na esfera dos colegiados de gestão regional).

Diferente da Portaria nº 1864/2003, que enfoca principalmente no município como ente solicitante do serviço e menor recorte territorial, nesta portaria o SAMU é prioritariamente voltado à contemplação à rede de urgência em caráter regional. Apenas municípios com população igual ou superior a 500.000 habitantes e/ou que já possuem o serviço poderão constituir por si só uma região (BRASIL, 2012a).

No que diz respeito à RAU, esta tem por finalidade articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011a). Assim como a PNAU, a RAU nasce também num contexto de mobilização pela redução da alta taxa de morbimortabilidade relacionadas às violências e acidentes, bem como as mortes causadas por doenças do aparelho circulatório.

São componentes da Rede de Atenção às Urgências: I – Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II – Atenção Básica em Saúde; III – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; IV – Sala de Estabilização; V – Força Nacional de Saúde do SUS; VI – Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII – Atenção Hospitalar; e VIII – Atenção Domiciliar.

Sem que se aprofunde na questão, percebe-se que a política da RAU efetivamente visa atender aos pressupostos do SUS, pois, diferente da PNAU, desta vez a política é reformulada possuindo um caráter de rede. Com o avanço no processo de implementação do SUS e da difusão de novos serviços diferenciados de promoção à saúde evidenciou-se a necessidade de uma articulação que integrasse estes conjuntos dentro de uma mesma rede e sistema.

Na RAU pressupõe-se uma regulação articulada entre todos os seus componentes, bem como uma articulação e integração entre os diversos serviços e equipamentos. Desta forma, os demais componentes que foram implantados dentro desta mesma rede entram como elementos complementares ao próprio SAMU-192, não podendo este ser considerado apartado deste conjunto.

2.3 Caracterização e situação do SAMU-192 no território nacional

O SAMU é um programa de âmbito Federal com responsabilidade Tripartite (União, Estados e Municípios). Quando fora instituído em 2003, cabia ao governo federal repassar 50% do valor de custeio do serviço, o restante do custo deveria ser compartilhado entre Estados e municípios. Desde sua implantação os valores de transferência fundo a fundo para implantação do serviço são crescentes (Figura 3), apenas em 2016 há uma queda nos valores, fato que coincide com a mudança de governo federal e com o contexto de corte de gastos.

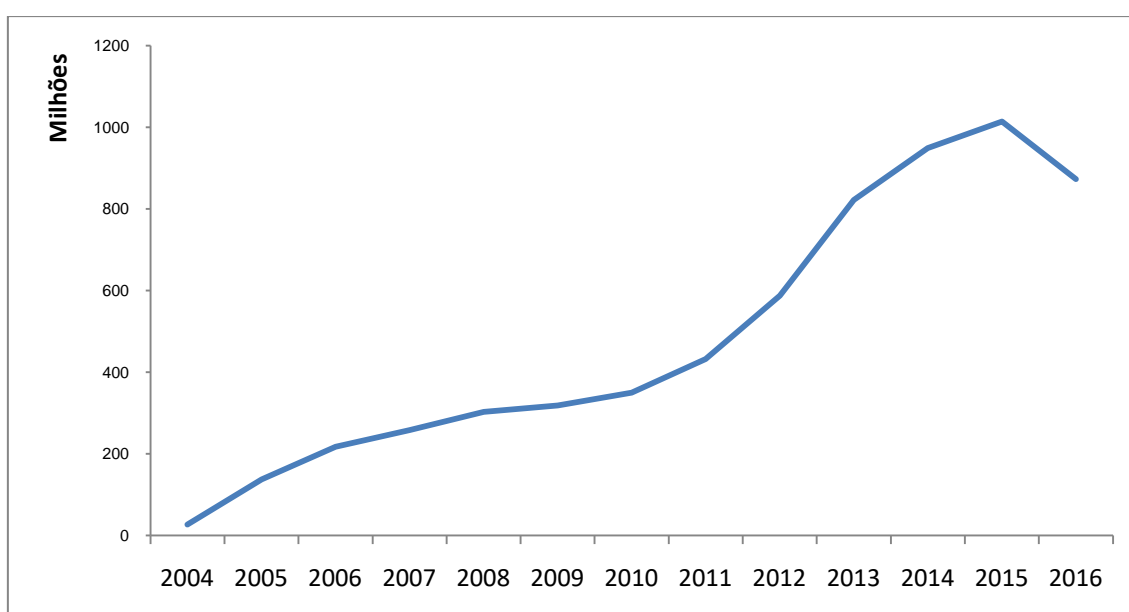


Figura 3: Evolução dos valores de transferência fundo a fundo para a implantação do SAMU-192. Fonte: CGUE/SAS/MS, 2016.

O SAMU é controlado, em todo país, por 210 centrais de regulação, que estruturam o atendimento realizado por equipes multiprofissionais com o apoio de 3.108 ambulâncias (sendo 2525 de suporte básico e 583 de suporte avançado) (Quadro 2). Os recursos são proporcionais às faixas de população, assim como a obtenção dos dois tipos de unidades de suporte¹¹: Unidades de Suporte Básico - USB para faixas equivalentes a 100.000-150.000 habitantes e Unidades de Suporte Avançado – USA para faixas de 400.000-450.000 habitantes (BRASIL, 2003b).

¹¹ As unidades de suporte básico contam com motorista, técnico de enfermagem e material básico para atendimento às urgências, em casos sem risco imediato de morte, sob orientação dos médicos das centrais. Já as de suporte avançado incluem motorista, médico e enfermeiro, além de equipamentos de cuidado intensivos, nas situações de risco iminente de morte.

Quadro 2 : Evolução das Unidades Móveis Habilitadas do SAMU-192 no Brasil (2012-2016)

	Ambulâncias Básicas	Ambulâncias Avançadas	Motolâncias	Embarcações	Aeromédicos
2012	2166	545	-	-	-
2013	2287	554	208	9	6
2014	2402	568	216	8	7
2015	2525	583	226	13	7
2016	2525	583	226	13	7

Fonte: CGUE/SAS/MS

Atualmente o SAMU-192 atende 76,93% da população brasileira (Figura 4), ou seja, mais de 157 milhões de habitantes. Em 2016, o serviço encontrava-se presente em 3053 municípios e atualmente a região Sul apresenta a maior cobertura entre as regiões (Figura 5).

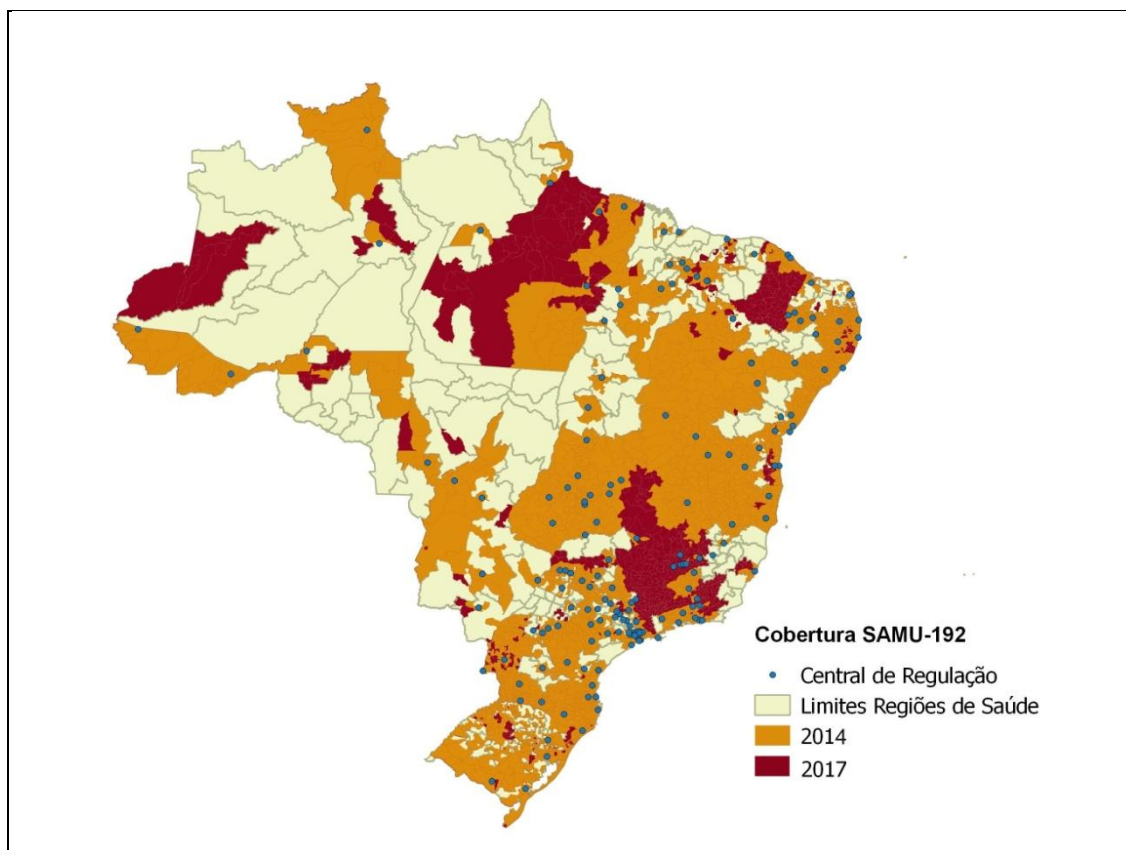


Figura 4: Evolução da Cobertura SAMU- 192 e Centrais de Regulação no território nacional (2014/2017). Fonte: SAGE/MS, Fevereiro/2017. Elaboração do autor.

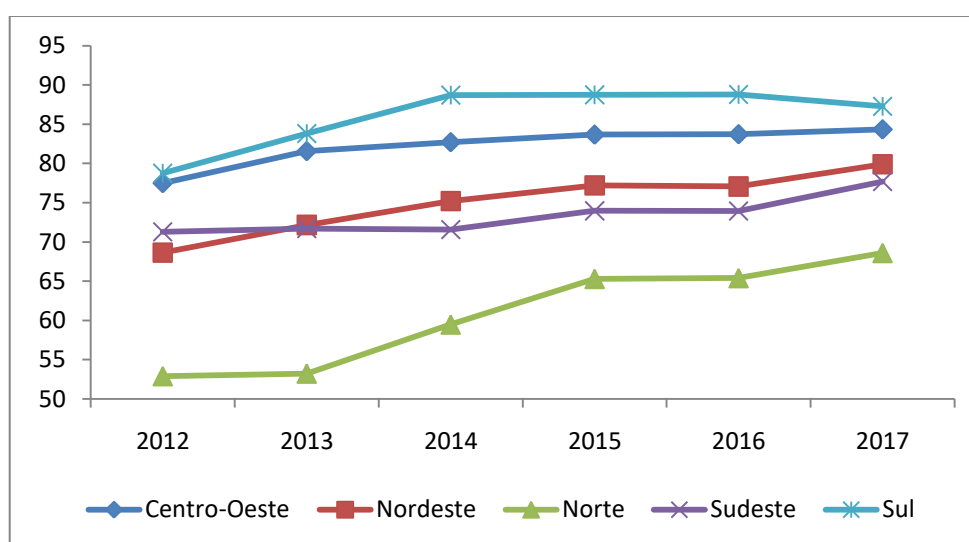


Figura 5: Evolução da Cobertura Populacional do SAMU-192 por região. Fonte: CGUE/SAS/MS, Fevereiro/2017. Organização do autor.

Ressalte-se que há diferenças entre os estados quanto à abrangência populacional (Figura 6). Exemplo da região Centro-Oeste que apresenta uma boa cobertura do serviço como um todo, contudo os valores de cobertura de Goiás e do Distrito Federal (ambos com 100% de cobertura) encobrem o fato de que Mato Grosso e Mato Grosso do Sul apresentam uma porcentagem relativamente menor de cobertura. Além da região Norte que apresenta os menores índices de cobertura e possui dois estados com menos que 50% de cobertura (Rondônia e Tocantins).

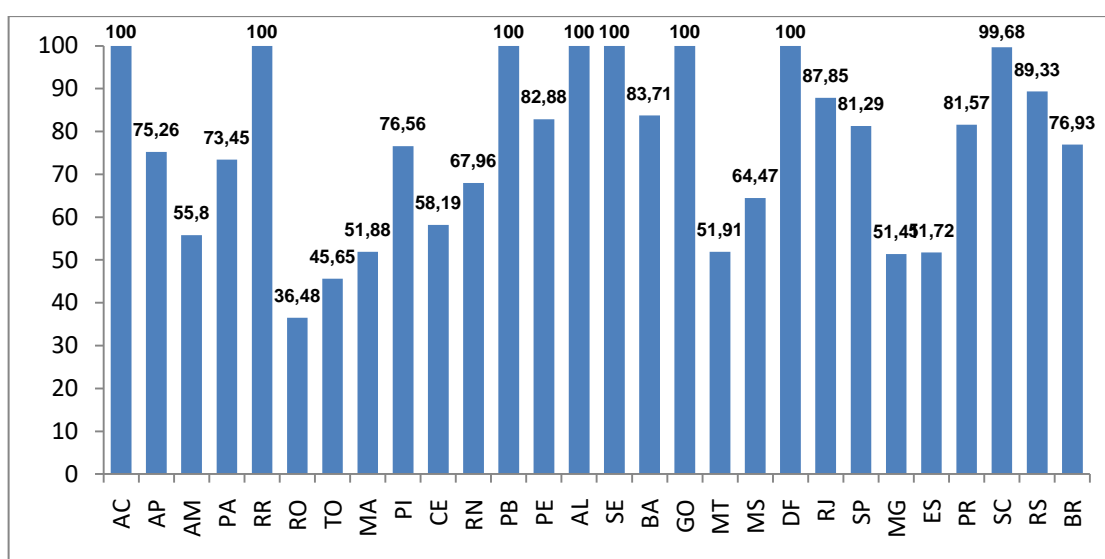


Figura 6: Percentual de População Coberta pelo SAMU-192 nos Estados (2016). Fonte: CGUE/SAS/MS. Organização do autor.

Uma vez que o enfoque do serviço se pretende dar na regionalização para atingir melhor cobertura, logo o parâmetro da população coberta pelo serviço é o mais utilizado nos indicadores da situação do SAMU-192 no território nacional. Entretanto, a utilização deste parâmetro pode mascarar um dado significativo caso não considerarmos a situação da cobertura municipal nos estados (Figura 7).

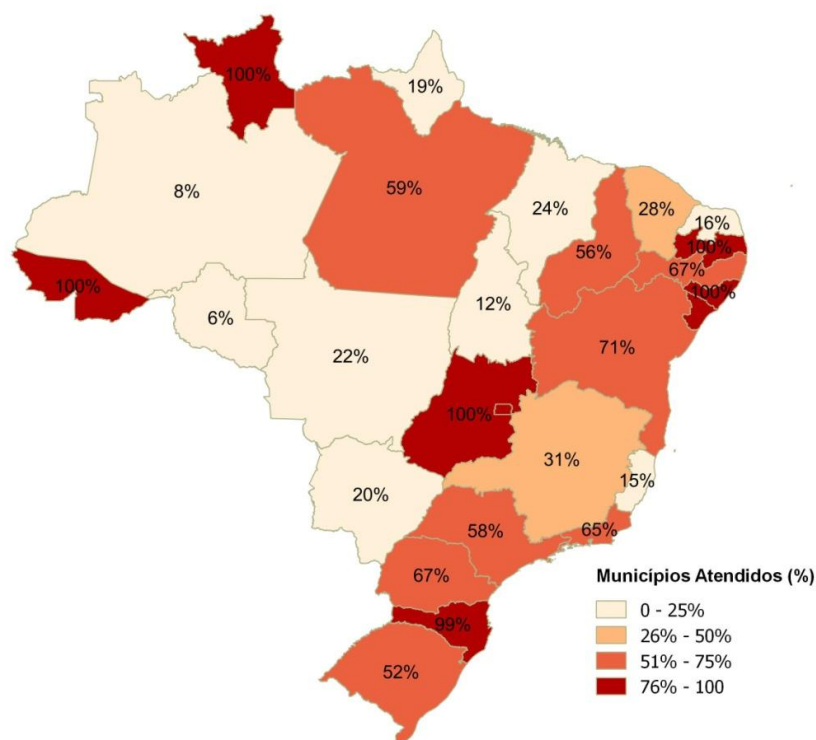


Figura 7: Percentual de municípios atendidos pelo SAMU-192 (2016). Fonte: CGUE/SAS/MS. Elaboração do autor.

A região Norte, por exemplo, é a que apresenta menor homogeneidade na presença do serviço em seu território. Apesar de apresentar 2 estados com 100% de cobertura municipal (Acre e Roraima), também apresenta estados com os menores índices de municípios cobertos. Ressalta-se que nesta região existem os maiores municípios em extensão e com baixo povoamento, o que justifica a dificuldade em se implantar o serviço. Além disso, destaca-se que ao mesmo tempo em que a região Norte é a que apresenta menores índices de cobertura populacional e municipal, ela é a que recebe menores valores de repasse de transferência fundo a fundo para a implantação do SAMU em relação às demais regiões (Figura 8).

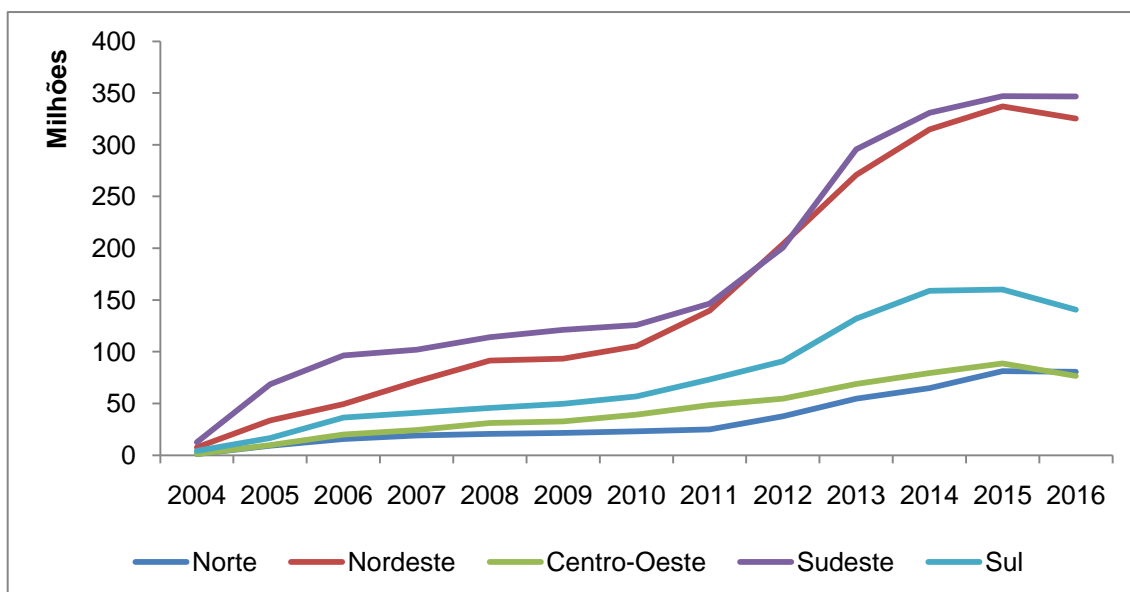


Figura 8: Valores de transferência fundo a fundo por região para a implantação do SAMU-192 (2016). Fonte: CGUE/SAS/MS. Organização do autor.

Apesar de receberem maiores valores de repasse, as regiões Nordeste e Sudeste não apresentam necessariamente a maior cobertura, seja populacional ou municipal (Figura 9). A comparação entre os dois tipos de cobertura são necessárias uma vez que refletem o enfoque do serviço em cobrir a população e não necessariamente a extensão integral do território.

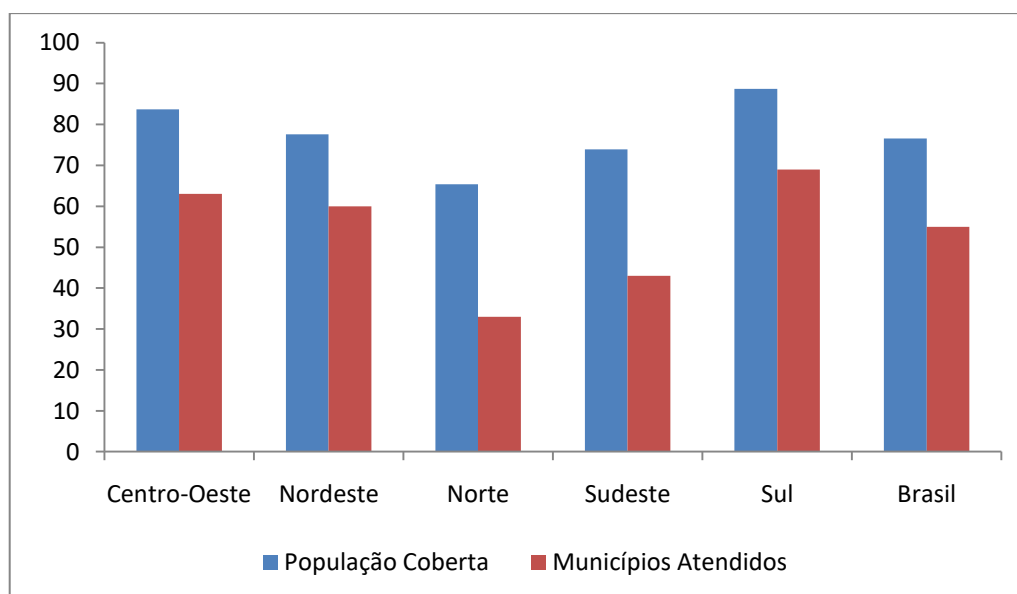


Figura 9: Percentual de população coberta e de municípios atendidos por região (2016). Fonte: CGUE/SAS/MS, 2016. Organização do autor.

Inclusive na evolução do serviço, desde que fora implantado, é possível acompanhar a flutuação na diferença entre as coberturas (Figura 10). Ao longo da evolução do serviço a tendência foi de aumento contínuo de ambas as coberturas com diminuição da diferença entre elas. Na primeira fase de implantação do SAMU-192, a partir de 2004, a solicitação do serviço se dava principalmente no âmbito municipal de forma que as capitais e grandes cidades foram as primeiras a implantar o serviço. Este fato justifica que os índices de cobertura populacional sejam bem maiores que os de cobertura municipal uma vez que a implantação se dava em áreas urbanas de grandes cidades com concentração populacional elevada. Além de que todas as capitais possuem o serviço atualmente.

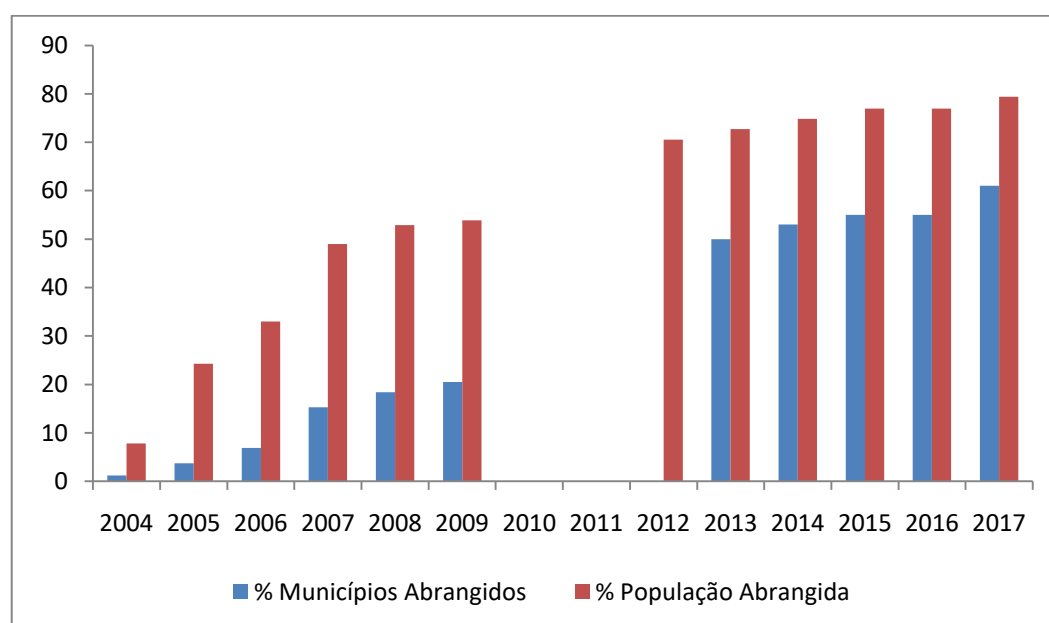


Figura 10: Evolução do percentual da cobertura populacional e cobertura municipal do SAMU-192 no território nacional (2004-2017)¹². Fonte: CGUE/SAS/MS, Fevereiro/2017. Organização do autor.

Com o enfoque da regionalização, reforçada a partir de 2011, e com a difusão dos colegiados intergestores, a implantação do SAMU-192 passou a buscar o estabelecimento de núcleos regionais para garantir que o serviço também atendesse aos municípios menores. Uma vez que estes possuem uma dificuldade maior em manter o serviço por conta própria, a estratégia passou a se dar na

¹² Faltam os dados de 2010 a 2012.

articulação com os demais municípios para uma gestão interfederativa e regional. O que tem contribuído para o aumento da cobertura municipal.

Contudo, destaca-se que a gestão e a estrutura do SAMU ainda se dão em sua maioria na esfera estadual (Figura 11), dado que reforça o forte poder de atuação das secretarias estaduais no controle do planejamento regional e das políticas públicas de cunho regional. Em aproximadamente 70% por estados, o SAMU possui uma estrutura estadual, sendo que apenas 18% deles apresentam SAMU regional. São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais são os únicos que apresentam ambas as estruturas.

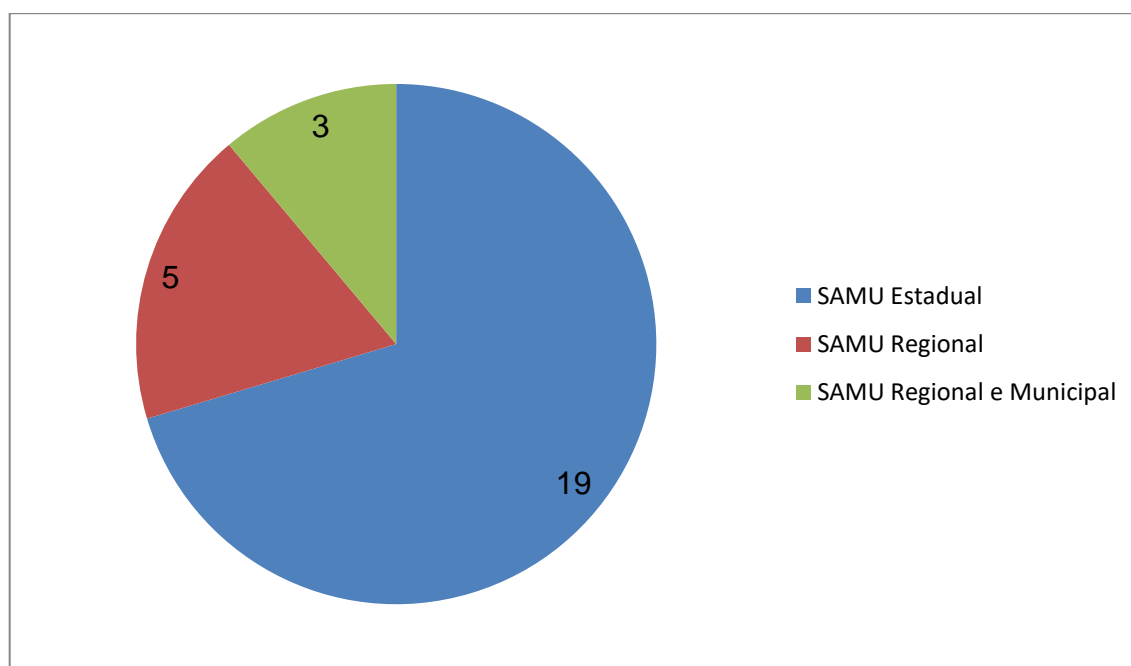


Figura 11: Número absoluto de estados segundo tipo de estrutura do SAMU-192 (2016). Fonte: Revista Emergência, Agosto/2017

2.4 Justiça Espacial e o SAMU-192

Com base no que foi observado, podemos afirmar que o SAMU não se dá de forma homogênea no território, sendo até significativamente desigual a comparação da cobertura do serviço entre os estados. Considerando o SUS, o município foi, durante muito tempo, um núcleo básico organizacional e executivo do sistema. E esta antiga fragmentação típica da saúde pública esbarrou na dificuldade de

integração em rede das atuais políticas, estas decorrentes do fracionamento municipal dos programas centralizados na esfera federal.

Tal fato, abordado no capítulo anterior, caracterizou a evolução do SUS e também se fez presente na implantação do SAMU enquanto política pública do mesmo sistema. Observa-se que uma porcentagem significativa dos municípios sequer possui o serviço, levantando a questão de quais motivos estão envolvidos na sua ausência e na arbitrariedade da implantação.

A principal questão a ser levantada refere-se à verticalidade da implantação de uma política ou programa que não seja compatível com as necessidades de saúde de determinados locais. Não se questiona a necessidade de um serviço público voltado para atenção às urgências como o SAMU, ele é essencial. A questão se refere à implantação de um serviço sem que se considere uma adequação às estruturas demográficas, socioeconômicas e geográficas existentes no território.

Esta dificuldade do SAMU em se realizar no território brasileiro reflete uma herança do SUS: o serviço acaba se estabelecendo em muitos lugares apenas enquanto norma (direito), não necessariamente como um acesso efetivo e concreto. Parte desta questão repousa no descolamento que se persistiu, na implantação das políticas de saúde, em se desconsiderar o território como elemento constituinte do processo.

Apesar da proeminente conexão entre a teoria do direito com categorias como o território, o engajamento do direito com o espaço está cada vez mais desespacializado. Este afastamento entre o espaço e o direito é discutido por PHILIPPOPOULOS-MIHALOPOULOS (2017) que expõe o problema da marginalização do espaço no direito, reforçando que apenas terminologias e referências geográficas, mencionadas em textos oficiais não compensam este distanciamento com o espaço:

[...] o direito é confrontado com a difícil tarefa de conceituar um espaço tão apropriado quanto transcendente a si. O (re)tornar do direito à concretude da geografia deve estar condicionado por uma suficiente conceitualização do espaço. Caso contrário, o giro espacial corre o risco de virar, na melhor das hipóteses, um bibelô e, na pior, uma cooptação. Se o papel do espaço no direito é ser levado a sério, ele tem de aparecer na sua complexidade tanto como uma oportunidade quanto como uma ameaça, convidado e anfitrião, algo

“do direito” bem como para além do direito. Em outras palavras, o espaço reivindica uma concepção radical de justiça, uma justiça espacial (PHILIPPOPOULOS-MIHALOPOULOS, 2017).

A noção de justiça espacial vai além de uma justa distribuição de recursos numa dada região, o conceito precisa operar com uma conceituação de espaço que transcenda o regional sem, cair na armadilha do universal indiferenciado.

“A justiça espacial é a questão que emerge quando um corpo (humano/não-humano) deseja ingressar no espaço de outro corpo. Quando as linhas conflitam e os corpos se chocam, quando uma presença geopolítica não é tolerada, quando duas pessoas são forçadas a ‘dividir’ o mesmo espaço ao mesmo tempo, há conflito. A justiça espacial é o movimento de saída desse conflito enquanto nele mergulha. É a pergunta que um corpo faz: por que estou aqui?” (PHILIPPOPOULOS-MIHALOPOULOS, 2017)

A “Justiça Espacial” é um caminho no qual o direito se realiza e transcende a si mesmo. E é “espacial”, pois unicamente pode ser entendido por meio do espaço. Segundo PHILIPPOPOULOS-MIHALOPOULOS (2017):

“Tentar equacionar um problema geopolítico, regional, distributivo ou meramente de vizinhança sem um conceito de justiça espacial assombrando e desconcertando todo o processo, desde o início, é simplesmente injusto” (PHILIPPOPOULOS-MIHALOPOULOS, 2017).

Nesta oscilação entre direito e espaço, entre o meu e o dos outros exatamente em um mesmo local, o conceito de justiça espacial pode ser experimentado: um reconhecimento da impossibilidade do espaço comum, um recuo resolutivo do registro existente do conflito e um passo em direção a um registro distinto e mesmo um nível distinto de conflito. É necessário considerar este jogo de recuos e acordos que engendram o processo de implantação de uma política num território.

Isso reforça a importância e o papel dos colegiados intergestores neste conflito. Uma significativa centralização na esfera estadual do planejamento caracteriza o controle e a gestão do SAMU. E, isso não necessariamente compromete a diretriz da regionalização, contudo questiona-se a respeito da presença e atuação dos colegiados intergestores nos estados. São estes instrumentos de gestão do território que tem melhor capacidade de articular direito e espaço na implantação do SAMU no território.

A respeito desta implantação do SAMU, assim como de demais políticas do SUS, se faz necessário o estudo do processo de internalização destas políticas no âmbito dos recortes territoriais nos quais estes são verticalmente inseridos. A internalização de algo externo a um local, não se dá de forma arbitrária, ela se dá em lugares específicos com o intuito de combinar-se com as variáveis internas ao próprio local.

Entretanto ressalta-se que nem todos os lugares são capazes de interiorizar estas variáveis externas (SANTOS, 2012 [1988]). Considera-se que diferentes lugares podem refletir diferentes quadros em que o SAMU se manifestaria no território, enquanto se adéqua às diferentes realidades nas quais é inserido. Desta forma, se faz necessário um estudo a respeito da internalização do SAMU na Região de Saúde de São Paulo afim de que se verifiquem quais especificidades existem no serviço que sejam próprias desta Região de Saúde.

CAPÍTULO III – A REDE DE ATENDIMENTO DO SAMU-192 NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - SP

Este capítulo tem por objetivo apresentar indicadores que permitam visualizar a atuação do SAMU-192 no município de São Paulo e verificar a eficiência de sua atuação e atendimento no território paulistano. A pesquisa se pautou principalmente na organização territorial e na gestão do serviço além da quantidade efetiva de recursos frente ao contingente populacional do município. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva e quantitativa, realizada com dados obtidos no DATASUS (pertencente ao departamento de informática do SUS), a Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE (pertencente ao Ministério da Saúde), a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e o Observatório de Indicadores da Cidade de São Paulo (Observa Sampa).

Ainda que a área de estudo seja o município de São Paulo deve-se considerar o fato de que São Paulo se constitui na maior metrópole brasileira. A concentração de densidades técnicas, científicas e populacionais favorece a diversificação e concentração dos serviços de saúde na metrópole, o que torna São Paulo num centro de referência no território nacional para a produção científica, formação de profissionais de saúde e atendimento de média e alta complexidade. Neste âmbito ela representa importante pólo regional, atraindo grande contingente populacional de todo território nacional.

Considerando isso, é necessário neste primeiro momento compreender a situação da rede e regionalização do SAMU na metrópole e verificar uma possível articulação do serviço na escala metropolitana e qual a participação de São Paulo neste cenário.

A conformação atual das Regiões de Saúde no Estado de São Paulo se deu com base na edição do Pacto pela Saúde (2006) instituído pelo Ministério da Saúde. Anteriormente já existiam estratégias regionalizadas na área da saúde e planos de regionalização, contudo a atual regionalização do Estado se deu segundo diretrizes do Ministério da Saúde que ajudaram a reorganizar a regionalização anterior. O atual Plano Diretor de Regionalização

(PDR) do Estado de São Paulo encerra 64 Regiões de Saúde e 17 Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) (figura 12), com seus respectivos Colegiados de Gestão Regionais, entendidos como o local privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas entre as esferas de governo para todo o estado.



Figura 12: Distribuição das Redes Regionais de Atenção à Saúde do Estado de São Paulo (Agosto/2011). Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/>. Acesso em Dezembro/2018

Mesmo com grande adesão às Normas Operacionais, no Estado de São Paulo a descentralização da assistência se deu de forma seletiva e, ainda hoje, grande parte da assistência ainda é gerida pela Secretaria Estadual de Saúde.

Assim como orienta as diretrizes do Ministério da Saúde, a oferta de serviços de saúde também orientou a definição das Redes Regionais de Atenção à Saúde, principalmente na medida em que se buscava para uma população contígua, o máximo de integralidade possível para seus municípios, bem como no atendimento de atenção básica, de média complexidade e parte de alta complexidade. No momento de definição, algumas RRAS já estavam bem próximas desta realidade. Outras se constituiriam, inicialmente, por

questões populacionais e teriam investimentos para o alcance da integralidade necessária.

Para VIANA e LIMA (2011), a regionalização no Estado de São Paulo tem uma institucionalidade avançada, e apresenta uma governança coordenada e cooperativa. No entanto, assim como outros estados da região Sul/Sudeste, São Paulo ainda enfrenta desigualdades em relação à capacidade instalada, com a existência de vazios assistenciais em áreas de menor densidade populacional e baixo dinamismo econômico, assim como a grande dependência de alguns municípios em relação aos polos regionais para a garantia da integralidade da assistência.

A Região de Saúde de São Paulo é representada pela RRAS 06 e se localiza dentro da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Contudo, no que tange a governança no Brasil, metrópoles não se constituem em entes federativos, desta forma, prevaleceu-se que a RMSP fosse dividida em 6 Regiões de Saúde (Figura 13) conforme as RRAS. Assim, a gestão e a atuação do SAMU também se estabelecem conforme estas 6 regiões de saúde da metrópole paulistana.

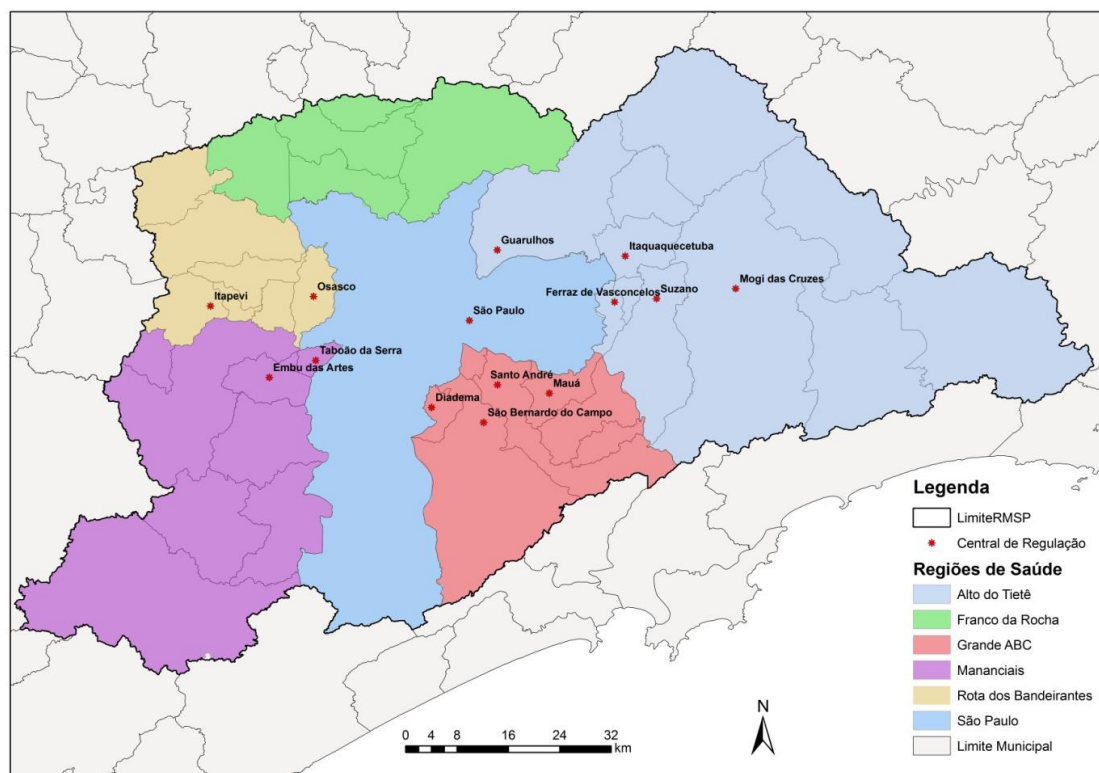


Figura 13: Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), suas 6 Regiões de Saúde e Centrais de Regulação do SAMU-192 nos municípios. Limite da RMSP é compatível com o limite da RRAS 06. Fonte: SAGE/MS. Elaboração do autor.

Conforme estabelece as portarias do Ministério da Saúde, o município ou a região de saúde (caso esteja articulada com um CGR) deve solicitar o serviço do SAMU ao governo federal afim de que receba os recursos para a sua implantação. Contudo, existe a possibilidade de um município não ter o serviço ainda que sua Região de Saúde o tenha. Tal situação ocorre na RMSP em duas regiões de saúde: “Franco da Rocha” e “Rota dos Bandeirantes” (Figura 14).

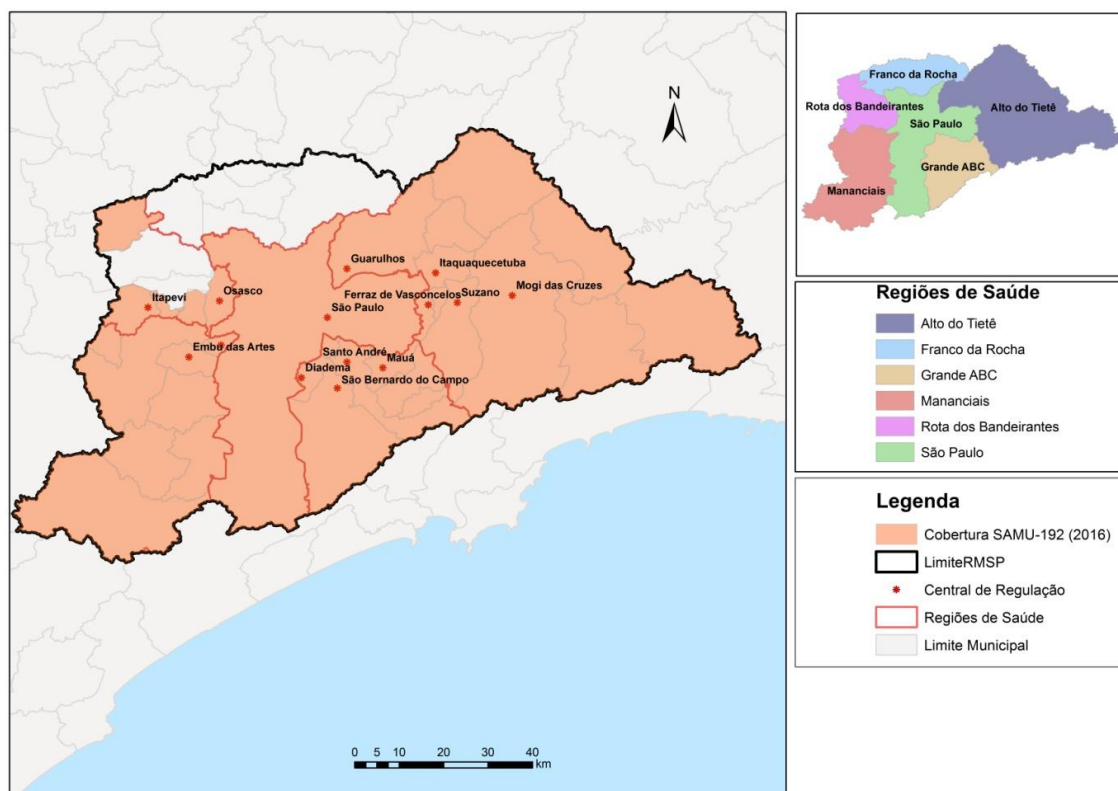


Figura 14: Cobertura do SAMU-192 na RMSP em 2016. Fonte: SAGE/MS. Elaboração do autor.

A região de “Franco da Rocha” não possui cobertura pelo SAMU e dois municípios da região “Rota dos Bandeirantes” (Barueri e Santana de Parnaíba) apresentam a mesma situação. Para estes municípios, o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e resgate é realizado por serviço ambulatorial municipal e/ou Corpo de Bombeiros e em menor escala na esfera privada.

Importante ressaltar como a região pode articular-se verticalmente independente de uma contiguidade territorial (horizontalidade). Exemplo do município de Pirapora do Bom Jesus (Região de Saúde “Rota dos Bandeirantes”) que apresenta cobertura do serviço embora não possua nenhum município fronteiro com SAMU, inclusive as Centrais de Regulação da região se localizam em outros municípios mais distantes, Osasco e Itapevi, fato que não compromete a regulação do serviço.

Ainda que o SUS tenha como diretriz institucional a descentralização na gestão e no alcance dos serviços, assim como o pressuposto de regionalização por meio das Regiões de Saúde, em São Paulo a articulação do SAMU não se dá na escala da metrópole e o município ainda é um núcleo

básico organizacional e executivo do sistema. Sua gestão é fragmentada e as regiões de saúde da metrópole não se articulam entre si necessariamente. Existe a premissa de que se resolvam as demandas de saúde dentro da própria região de saúde, contudo, não há instrumentos de gestão que articulem os entes numa escala que supere os limites das regiões.

A Portaria 1010/2012 já previa que apenas municípios com população igual ou superior a 500.000 habitantes e/ou que já possuíssem o serviço pudessem constituir por si só uma região (BRASIL, 2012). Como São Paulo atende a estes requisitos ele tem capacidade de se constituir em uma Região de Saúde por si só.

Durante a década de 90, antes do município de São Paulo aderir ao programa do SAMU federal, diversas tentativas tinham sido empregadas pelo Estado envolvendo o estabelecimento de políticas de atenção às emergências na RMSP incentivando o acordo entre municípios com o Estado e integração dos sistemas e unidades presentes no âmbito emergencial.

Em 1992, foi implantado o Programa Integrado de Atendimento Médico de Urgência (PIAMU) com o pressuposto de “regionalizar e hierarquizar o atendimento médico de urgência, garantindo o atendimento, independente da existência de vagas hospitalares” (DALLARI ET AL., 2001).

Contudo, ainda que o Sistema de Atendimento às Emergências tivesse unidades regionalizadas e hierarquizadas, não havia uma integração e regulação com os sistemas já instituídos na RMSP bem como o próprio Projeto Resgate 193 do Corpo de Bombeiros. Sem um sistema de regulação eficaz, as ligações entre as unidades do sistema se davam de forma horizontal e não verticalizada.

Como reflexo desta situação, não havia uma rotina de procedimentos bem estabelecida, os bancos de dados eram desatualizados, faltava treinamento, os plantonistas nos hospitais eram obrigados a exercer dupla função (atendimento e regulação), havia uma indisponibilidade de transporte e falta de informação prejudicando a articulação das unidades, o que impedia

transferências, remoções e ingresso de pacientes mesmo em hospitais que possuíam vagas (DALLARI ET AL., 2001).

Com intuito de reverter este quadro, em 1998 foi divulgado o Sistema de Regulação Metropolitano da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, assim como o Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU que atuou até a implantação do SAMU federal a partir de 2005. Desta forma, houve uma incorporação do sistema de regulação já existente de forma que abarcasse e atendesse as exigências de novo sistema do programa federal.

Como o município constitui-se em uma única região de saúde, a gestão do serviço é responsabilidade da Prefeitura de São Paulo. Devido a isso, a organização da rede do SAMU na capital se estabeleceu com base na divisão regional já existente dos serviços de saúde municipais, as Coordenadorias Regionais de Saúde¹³ (Figura 15).

¹³ Para a Secretaria Municipal de Saúde, a região Centro-Oeste se trata de duas Coordenadorias Regionais (Centro e Oeste), contudo, para a regulação do SAMU-192 elas foram unificadas.

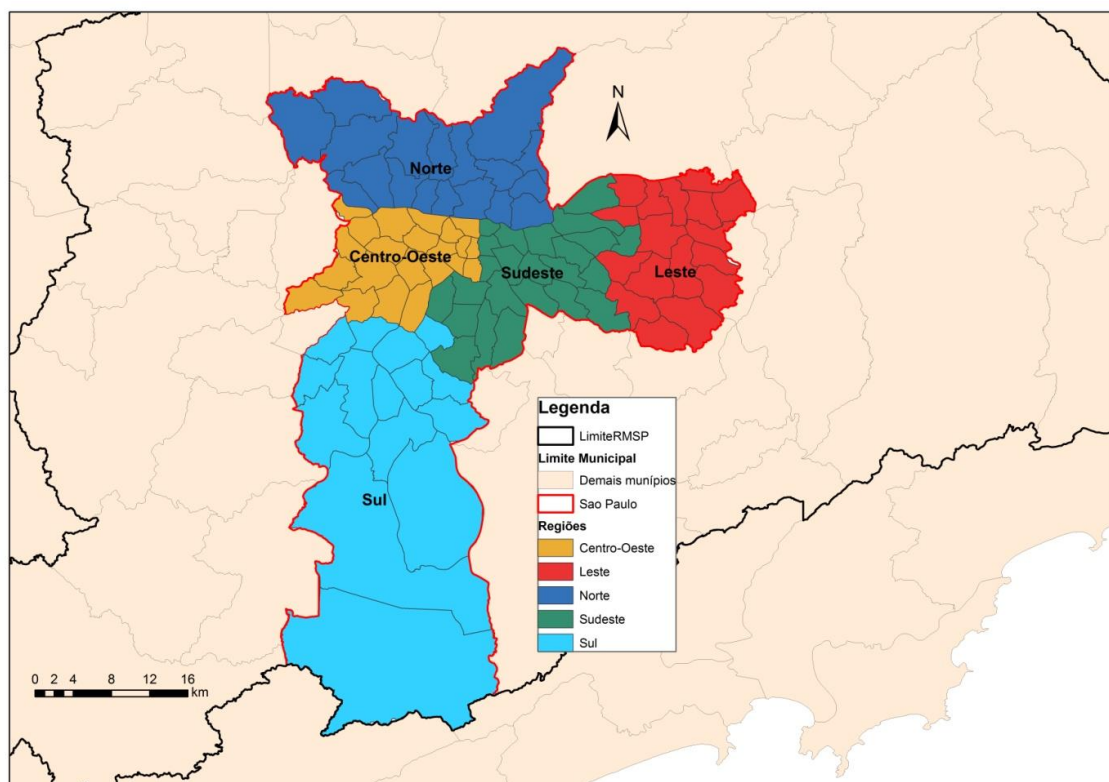


Figura 15: Regionalização do SAMU-192 no município de São Paulo segundo as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde. Fonte: SMS/SP. Elaboração do autor.

Apesar de não haver uma regionalização do SAMU em São Paulo integrada com a escala metropolitana, há uma regionalização dentro do município conforme diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde que gere o serviço. Ainda que tenha prevalecido em São Paulo uma gestão municipal, a regionalização ainda se estabeleceu como estratégia de gestão e conformação do SAMU no território de forma descentralizada.

A distribuição dos recursos no município é designada conforme esta regionalização, e uma vez que cada unidade de suporte é encaminhada para uma base esta apresenta um endereço no seu número de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). Sabe-se que o efetivo de recursos é destinado ao município como um todo, contudo pressupõe-se que a distribuição dos recursos atenda minimamente a demanda de cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) na qual o recurso se localiza.

A maioria das 122 ambulâncias do SAMU no município é de suporte básico (USB), sendo 15 as de suporte avançado (Quadro 3). Esta proporção

está abaixo da prevista na regulamentação nacional (BRASIL, 2012) que preconiza uma unidade de suporte avançado para quatro de suporte básico. Além disso, se considerarmos a recomendação nacional de disponibilidade de no mínimo uma ambulância de suporte avançado para cada faixa de 450 mil habitantes, observa-se que o efetivo está muito abaixo do necessário frente ao contingente populacional do município e que há anos não houve mudança do quadro.

Quadro 3: Evolução do efetivo de recursos do SAMU-192 em São Paulo-SP (2014-2016)

SÃO PAULO (Município) 11.895.893 habitantes			
	2014	2015	2016
Unidades de Suporte Básico (USB)	107	107	107
Unidades de Suporte Avançado (USA)	15	15	15
Motolâncias (URAM)	36	36	36
Embarcações	-	-	-
Aeromédicos	-	-	-

Fonte: CGUE/SAS/MS. Organização do autor.

Considerando a situação da proporção de recursos na metrópole com base na recomendação nacional (Quadro 4), apenas uma região de saúde atende a quantidade recomendada de unidades de suporte avançado (Grande ABC). Todas as demais regiões apresentam um déficit, além de Franco da Rocha que sequer possui o serviço.

Quadro 4: Situação do efetivo de unidades de suporte básico e avançado do SAMU-192 na RMSP segundo a recomendação nacional (2016)¹⁴

Região de Saúde	População Estimada (2016)	USB			USA		
		Efetivo	USB/1Mi hab	Quantidade Recomendada	Efetivo	USA/1Mi hab	Quantidade Recomendada
São Paulo	11.895.893	107	9,0	78,5	15	1,3	26,2
Alto do Tietê	2.871.113	32	11,1	19,0	7	2,4	6,3
Grande ABC	2.702.071	40	14,8	17,8	7	2,6	5,9
Mananciais	1.078.149	12	11,1	7,1	0	-	2,4
Rota dos Bandeirantes	1.821.803	20	11,0	12,2	2	1,1	4,0
Franco da Rocha	556.175	0	-	3,7	0	-	1,2

¹⁴ Recomenda-se ao menos 2,2 USA/1Mi de habitantes e 6,6 USB/1Mi de habitantes.

Fonte: CGUE/SAS/MS. Organização do autor.

A respeito das unidades de suporte básico, todas as regiões (Exceto Franco da Rocha) atendem a quantidade recomendada, em especial São Paulo que supera em muito este valor. Apesar de São Paulo apresentar quase metade do efetivo recomendado de suporte avançado, o município compensa com o efetivo de suporte básico.

A principal diferença entre as unidades é o suporte médico e material. As unidades de suporte avançado são destinadas para urgências de prioridade 1 (nas quais há risco iminente de morte) e estas unidades são “medicalizadas”, ou seja, possuem um médico presente na unidade. Já as unidades de suporte básico apresentam um motorista, técnico de enfermagem e material básico para atendimento às urgências, em casos sem risco imediato de morte, sob orientação dos médicos das centrais.

São Paulo é o município mais populoso do país e apresenta quase o dobro da população do segundo município brasileiro mais populoso (Rio de Janeiro). Desta forma, o efetivo demandado por São Paulo será muito maior que o de qualquer outro município, entretanto São Paulo é o que apresenta maior déficit de efetivo entre os 5 municípios¹⁵ mais populosos do país (Quadro 5).

Quadro 5: Relação entre o efetivo apresentado pelo SAMU-192 com o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde nas Regiões de Saúde dos 5 municípios mais populosos do Brasil (2016)

Região de Saúde	População 2010	Efetivo	USB		USA		
			USB/1mi	Quantidade recomendada	Efetivo	USA/1mi	Quantidade recomendada
São Paulo	11.253.503	107	9,5	74,3	15	1,3	24,8
Metropolitana I (RJ)	9.873.610	93	9,4	65,2	27	2,7	21,7
Distrito Federal	2.570.160	30	11,7	17,0	7	2,7	5,7
Salvador	3.142.268	43	13,7	20,7	13	4,1	6,9
1ª Região Fortaleza	2.606.663	30	11,5	17,2	6	2,3	5,7

Fonte: CGUE/SAS/MS, IBGE Censo Demográfico 2010. Organização do autor.

¹⁵ Apesar de usarmos o termo município, a cidade de Brasília tem um estatuto único e é oficialmente parte de uma região administrativa.

Quase todos os municípios apresentam um efetivo de unidades de suporte básico bem superior à quantidade recomendada. Além disso, ressalta-se que São Paulo, entre os 5 municípios mais populosos do país, é o único que se constitui por si só numa região de saúde. Os outros 4 municípios estão articulados com outros municípios de sua própria região metropolitana dentro de uma mesma região de saúde, o que demonstra a existência de uma gestão regionalizada nas outras metrópoles¹⁶.

Conforme se observa nos dados, o efetivo de unidades de suporte avançado no município de São Paulo está abaixo do parâmetro recomendado pela regulamentação nacional, diferente da situação do efetivo de unidades básicas que supera o mínimo recomendado. São Paulo enquanto a maior metrópole brasileira representa esta expressiva concentração de população e de recursos, desta forma é a região de saúde que mais possui efetivo de ambulâncias do SAMU no país.

Entretanto, segundo o parâmetro da regulamentação, São Paulo precisaria de quase o dobro do efetivo de USA existente, fato que pode comprometer a qualidade dos atendimentos, principalmente se considerarmos que as USB também são deslocadas para as urgências de maior prioridade devido à proximidade e não necessariamente sejam mais apropriadas para o caso.

Como forma de compensar o déficit no efetivo de USA, o SAMU SP possui outra modalidade de suporte de vida. O SIV (Suporte Intermediário de Vida) é uma especificidade do SAMU SP e abrange um escopo maior de avaliação e de procedimentos do que o suporte básico (USB). Sua equipe é composta por um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e o condutor da ambulância treinado em suporte básico de vida. O enfermeiro é responsável pelo SIV e sua atuação é regulamentada institucionalmente pelo SAMU SP, por meio de um protocolo próprio (FERNANDES, 2017).

Qualquer ambulância seja ela USA ou USB, caso esteja tripulada com uma equipe SIV, ela deve ser considerada como uma ambulância SIV. Desta

¹⁶ No caso do Distrito Federal ele é composto por 31 regiões administrativas.

forma, compensa-se em parte a deficiência do efetivo de unidades de suporte avançado e eleva-se o nível de procedimento que as unidades de suporte básico passam a poder atuar.

Considerando a relevância da rede geográfica do SAMU, deve-se verificar a distribuição dos pontos e nós que fazem parte desta rede, para este caso os pontos que consideramos se referem às bases onde ficam as ambulâncias. Observemos as bases que possuem USB e em especial as que possuem USA. Levando-se em conta o mesmo parâmetro da regulamentação, a situação nas regiões dentro do município varia significativamente (Figura 16)(Quadro 6).

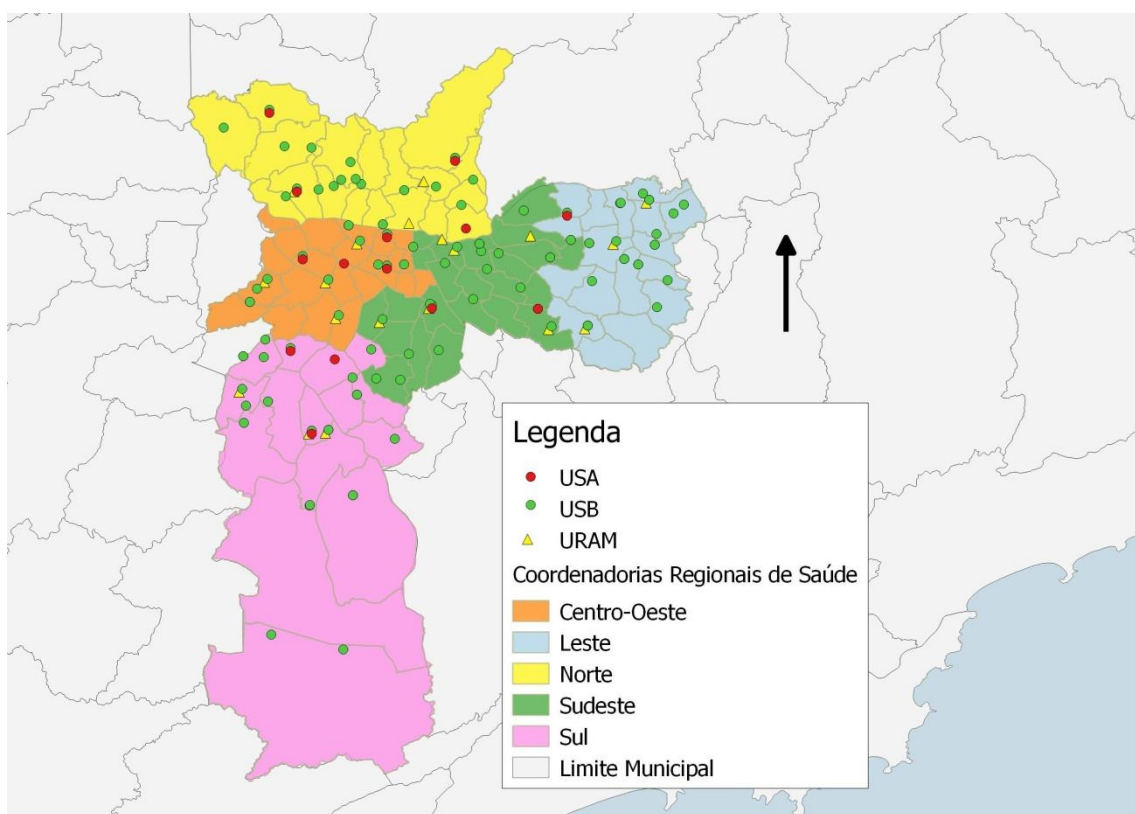


Figura 16: Distribuição das bases com USB, USA e URAM (motolância) no município de São Paulo – SP (2013). Fonte: SMS/SP. Elaboração do autor.

Quadro 6: Relação do efetivo de recursos em comparação ao parâmetro nacional nas Coordenadorias Regionais de Saúde no município de São Paulo (2013).

CRS	USA				USB		
	População 2010	Efetivo	USA/1mi	Quantidade Recomendada	Efetivo	USB/1mi	Quantidade Recomendada
Centro-Oeste	1.454.592	3	2,1	3,2	18	12,4	9,6
Leste	2.380.783	1	0,4	5,2	28	11,8	15,7
Norte	2.214.654	4	1,8	4,9	20	9,0	14,6
Sudeste	2.649.670	4	1,5	5,8	19	7,2	17,5
Sul	2.553.804	3	1,2	5,6	22	8,6	16,9

Fonte: SMS/SP, IBGE Censo Demográfico 2010. Organização do autor.

Nenhuma coordenadoria apresenta a quantidade recomendada de unidades de suporte avançado, sendo que algumas apresentam elevado déficit (Leste e Sul). Reconhece-se que uma ambulância pode se deslocar para uma região que não seja a de sua base, contudo, ainda que não se deslocassem o efetivo não é correspondente a população que habita em cada região. Este fato já é preocupante, principalmente se levarmos em conta o contingente populacional que circula pelo município e que não é residente.

Outro ponto a se considerar na rede é o destino das ambulâncias. As unidades se deslocam até o local da ocorrência e, dependendo da necessidade, se deslocam novamente até um local de atendimento hospitalar ou pré-hospitalar fixo.

Conforme visto no capítulo anterior, as UPAs foram instituídas pelo governo federal para atuar como o componente pré-hospitalar fixo da rede de atenção às urgências, sendo complementares ao SAMU. As UPAs têm por competência: funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU e solicitar retaguarda técnica ao SAMU sempre que necessário (BRASIL, 2011b).

Contudo, até 2016, existiam apenas 3 UPAs no município em 3 regiões distintas (Leste, Sudeste e Sul) (Quadro 7). Diferente do município do Rio de Janeiro¹⁷, em São Paulo não houve um enfoque na implantação das UPAs, logo o SAMU SP não pode contar muito com este tipo de retaguarda, o que torna a rede de atenção às urgências no município um pouco desarticulada conforme o que regulamenta as diretrizes federais.

¹⁷ Em 2016, o município do Rio de Janeiro contava com 32 UPA's (Fonte: DAE/SAS/MS).

Entretanto, São Paulo conta com outro estabelecimento público de saúde que atende as urgências, caso das unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), em especial as unidades 24h.

A experiência das AMAs é própria do município de São Paulo, que com o intuito de racionalizar e hierarquizar a oferta de serviços de saúde no território, propôs a sua criação, em 2005. Voltadas principalmente ao campo de atuação da Atenção Básica, são integradas e articuladas à rede de serviços, atendendo a demanda espontânea de agravos menores, possibilitando que os Serviços de Urgência e Emergências tenham seus recursos destinados à assistência de maior complexidade. Supostamente, a AMA absorve a demanda de baixa e média complexidade sem perder a medida do risco e a necessidade da continuidade das atividades de promoção, prevenção e assistência básica (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 2017).

Quadro 7: Estabelecimentos públicos de Saúde com atendimento às urgências por Coordenadoria Regional de Saúde (2016)

Estabelecimento de Saúde	Centro-Oeste	Leste	Norte	Sudeste	Sul
Pronto Socorro Municipal e Pronto Atendimento	3	4	4	1	4
UPA	-	1	-	1	1
AMA 24h	2	3	2	6	3
Hospital Municipal	3	4	4	6	2
Hospital Estadual	6	3	4	8	4
Hospital Privado	8	1	3	9	1
Unidade de Serviço Básico (SAMU)	18	28	20	19	22
Unidade de Serviço Avançado (SAMU)	3	1	4	4	3
Unidade Rápida de Atendimento Móvel (SAMU)	6	6	8	8	8

Fonte: SMS/SP, Agosto/2017. Organização do autor.

Outra questão relevante a respeito da atuação do SAMU em São Paulo é a respeito do tempo médio de resposta (tempo entre o chamado e a chegada da equipe ao local) em casos de prioridade máxima e absoluta (risco de morte e encaminhamento imediato ao hospital). Segundo o padrão internacional, o tempo médio de resposta do sistema para estes casos deve ser de 12 minutos, entretanto, em São Paulo duas coordenadorias regionais superam este valor

(Centro-Oeste e Sul) (Figura 17), as mesmas que apresentam déficit na quantidade de USA.

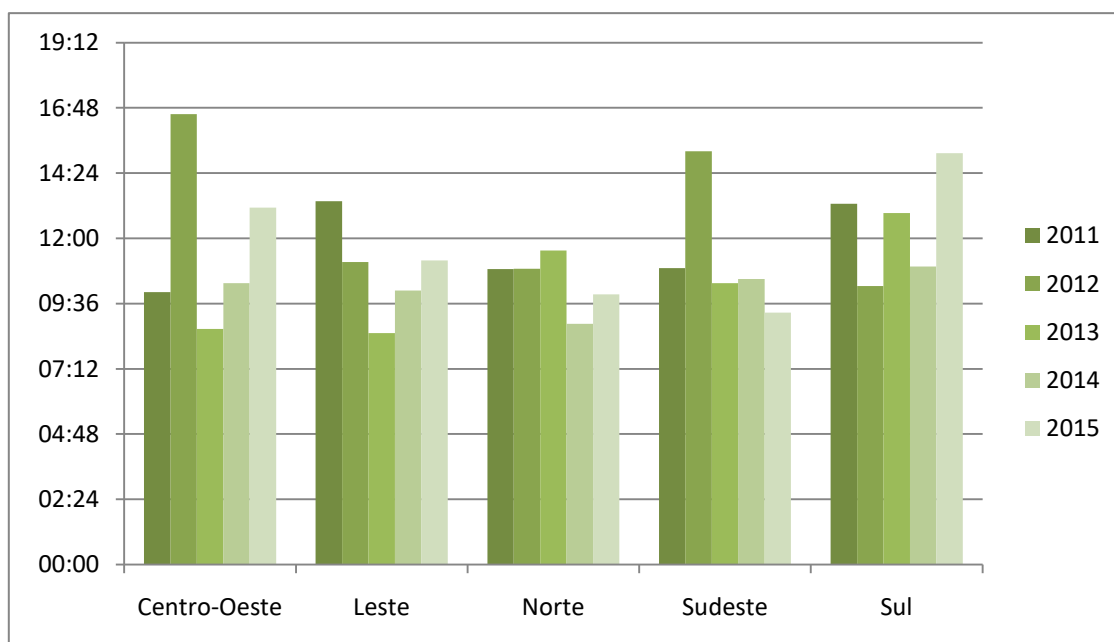


Figura 17: Tempo Médio de Resposta do SAMU-192 no município de São Paulo- SP por Região.
Fonte: SANT'ANNA, 2016

Observa-se que o tempo médio vem aumentando em todas as regiões. Segundo a prefeitura, a orientação nos casos de prioridade 1 é deslocar a ambulância mais próxima para o local da ocorrência (SANT'ANNA, 2016). Contudo, conforme observado no mapa das bases (Figura 5), a região Sul possui uma quantidade relativamente menor de bases para uma área maior que a das demais regiões.

Resta a dúvida a respeito da eficiência da distribuição das bases uma vez que 5 dos 10 distritos mais populosos da capital estão na região Sul e nenhum deles apresenta bases de suporte avançado (Quadro 8) (Figura 18). A julgar pela quantidade estática de Unidades Móveis na capital por 3 anos, supõe-se que não houve remanejamento significativo e nem instalação de novas bases.

Quadro 8: Efetivo do SAMU-192 com base nos 10 distritos mais populosos de São Paulo (2013).

CRS	Distrito	População			
		Censo 2010	USA	USB	URAM
Sul	GRAJAU	360787	-	2	-
Sul	JARDIM ANGELA	295434	-	1	-
Sudeste	SAPOPEMBA	284524	2	1	2
Sul	CAPAO REDONDO	268729	-	2	2
Sul	JARDIM SAO LUIS	267871	-	1	-
Sul	CIDADE ADEMAR	266681	-	2	-
Norte	BRASILANDIA	264918	-	3	-
Sudeste	SACOMA	247851	-	1	-
Leste	ITAIM PAULISTA	224074	-	2	-
Sudeste	JABAQUARA	223780	-	2	-

Fonte: SMS/SP. Organização do autor.

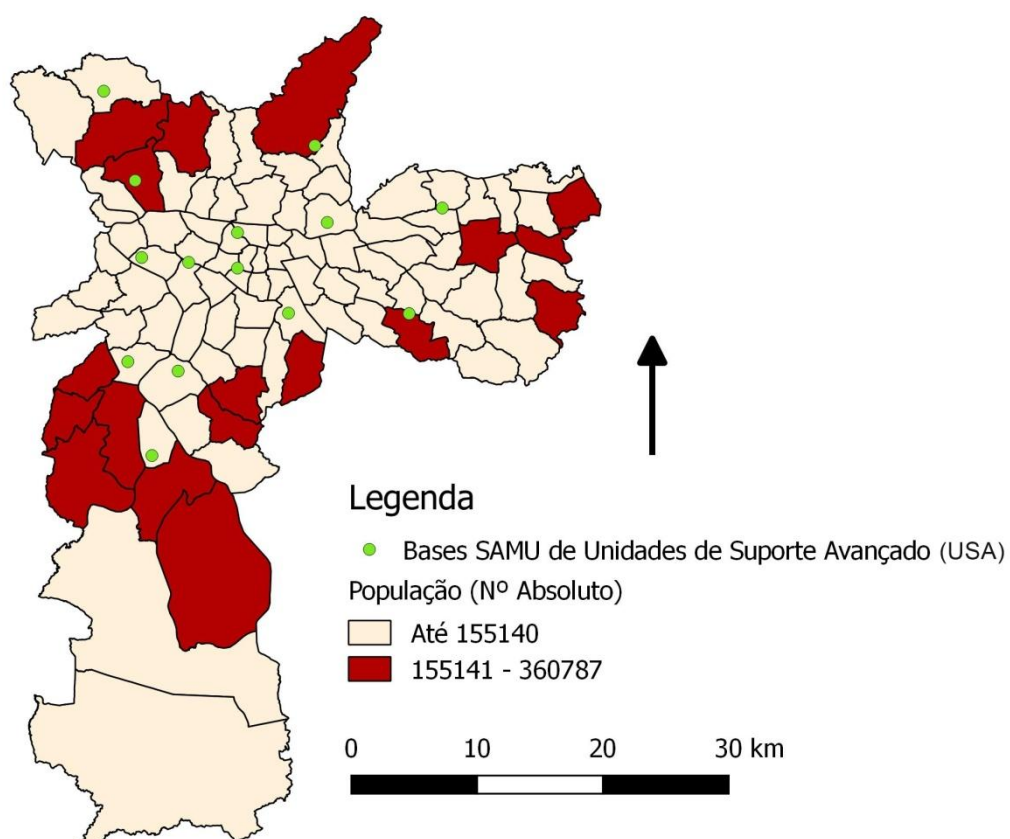


Figura 18: Distribuição das USA em relação aos distritos mais populosos no município de São Paulo – SP (2013). Fonte: SMS/SP, IBGE Censo 2010. Elaboração do autor.

Com dados de 2012, FERNANDES (2017) analisou as ocorrências atendidas pelo SAMU pelas regiões geográficas do município. Por meio delas foi possível observar números semelhantes entre as regiões Leste (19,7%), Norte (20,1%) e Sul (20,7%). A região Centro-Oeste, então a menos populosa da cidade, possuía o menor número de ocorrências (16,4%), enquanto a região Sudeste, mais populosa, possuía maior número de ocorrências (23,2%) (FERNANDES, 2017).

Ressalta-se que a ausência de bases de suporte avançado nestes distritos não significa que eles não tenham cobertura, nos casos de maior prioridade são deslocadas unidades de suporte básico ou as de suporte avançado mais próximas, além da opção das de suporte intermediário (SIV) destacadas anteriormente. Entretanto, a ausência de bases de suporte avançado no distrito pode afetar diretamente o tempo de resposta para as ocorrências de maior prioridade, assim comprometendo a eficiência do serviço.

Diversos fatores interferem no tempo de resposta, como o caso da demora das anotações dos dados, a regulação médica, falta de ambulância, indisponibilidade por atendimento de outras ocorrências, congestionamento, remoção por terceiros, e casos mais banais como recusas, cancelamento de atendimentos pelos próprios solicitantes e até trotes, que geram deslocamentos desnecessários, desperdício de recursos e perda de tempo, primordial ao sistema (PITTERI; MONTEIRO, 2009).

Outra questão pertinente diz respeito às remoções realizadas pelo serviço. Apesar de serem atribuições do mesmo sistema, por vezes este esquema permite que ocorra interferência de uma atividade sobre outra. Como o caso estudado por Fernandes (2004) que ao caracterizar as remoções inter-hospitalares realizadas pelo SAMU de Ribeirão Preto - SP, segundo complexidade do caso, verificou que casos meramente sociais poderiam ser transportados por ambulâncias de menor custo, assim liberando o SAMU para casos mais urgentes. Fica destacada a importância do estudo das remoções, pois em determinados casos, estas também podem influenciar negativamente o funcionamento do sistema (Quadro 9).

Quadro 9: SAMU 192: Transporte Inter-Hospitalar segundo Unidade de Resgate (Quantidade Aprovada)

São Paulo		
	USA	USB
2013	367	1.691
2014	158	1.441
2015	222	1.663

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)

O SAMU é um programa também considerado como termômetro da rede de saúde, se configurando como um observatório privilegiado do sistema, uma vez que tem a capacidade de identificar as principais demandas advindas da população. Estas demandas podem refletir tanto as necessidades de saúde, traduzidas no perfil epidemiológico das solicitações, como possíveis deficiências da rede de atenção, traduzidas na dificuldade de acesso a outros serviços da rede.

Um desafio enfrentado pelo sistema e que o SAMU enfrenta é a questão das macas retidas das ambulâncias. Conforme reportagem do portal R7 (ARAÚJO, 2017), torna-se recorrente, em São Paulo, a retenção de macas do SAMU pelos hospitais que recebem os pacientes trazidos, principalmente na zona Leste.

Segundo relato de um condutor, ambulâncias podem ficar até 3 dias paradas por impossibilidade de atender a chamados devido a falta de maca para o transporte de vítimas (ARAÚJO, 2017). Este quadro é reflexo do número de leitos que os hospitais possuem, uma vez que, teoricamente, a maca recebida se torna mais um novo leito no hospital.

* * *

A partir dos dados levantados no capítulo, percebe-se que enquanto política pública, o SAMU se internaliza e se adéqua conforme a realidade e as condições existentes da própria localidade na qual é inserido. O SAMU SP em linhas gerais reflete o quadro do SAMU no território brasileiro. Mesmo que toda

a região de saúde tenha a cobertura do serviço, a distribuição de seu efetivo se estabelece de forma seletiva.

Como particularidades do serviço na região de saúde, temos uma atuação articulada do SAMU com o Corpo de Bombeiros, dada a forte presença do grupo militar no município antes da implantação do SAMU. Desta forma, exigiu-se uma adequação do serviço à realidade já existente na região na qual foi inserido. Outro ponto relevante é a modalidade intermediária de suporte à vida (SIV) como forma tentar compensar a alta demanda frente ao baixo efetivo de suporte avançado à vida, além da falta de efetivo médico.

Apesar de no Estado de São Paulo a diretriz da regionalização (nas políticas de saúde) apresentar uma institucionalidade avançada, a atuação dos colegiados de gestão regional no município de São Paulo parece ser um tanto opaca, até mesmo ausente. Há uma centralização na gestão municipal do município o que reforça o quadro de descentralização municipalista enfrentado pelo SUS nos primeiros anos de implantação da estratégia de regionalização.

Assim como o quadro geral brasileiro, o SAMU SP enfrenta desigualdades em relação à capacidade instalada, com a existência de vazios assistenciais em áreas de menor densidade técnica e baixo dinamismo econômico, assim como certa dependência dos distritos com maior densidade populacional com as áreas mais centrais do município, prejudicando a garantia de integralidade da assistência.

A modernização do uso do território pela saúde chega aos lugares, enquanto norma. Têm-se o direito à saúde e o SUS é o sistema nacional que garante este direito a todos os cidadãos por meio de seu aparato normativo que vale para todos os estados e municípios. Mas a modernização do uso do território pela saúde não necessariamente chega enquanto direito efetivado, e o mesmo se aplica ao SAMU. Quando o serviço chega, este acaba se instalando de forma seletiva. Daí a contribuição do SUS e do SAMU à configuração de opacidades territoriais. E o paradoxo está justamente no embate: da universalização enquanto norma e da universalização enquanto direito.

Temos por espaços opacos, os subespaços que não apresentam uma densidade técnica, normativa e financeira necessária aos sistemas corporativos de produção e regulação do território, possuindo baixa inserção no mercado nacional e internacional. São espaços que apresentam dificuldades na formulação e implementação de políticas públicas devido à falta de redes técnicas de informação e pela baixa geração de recursos financeiros. Os espaços opacos opõem-se à noção de espaços luminosos discutidos por SANTOS e SILVEIRA (2000).

Nos espaços opacos, as baixas concentrações de atividades econômicas acentuam a dependência dos recursos para investimentos nos serviços de saúde, principalmente para que se atenda às expectativas do SUS a respeito da equidade. Observa-se carência de serviços, infra-estrutura, programas e financiamento, além da dificuldade para atrair e fixar profissionais.

Nessa situação é freqüente o encaminhamento de pessoas para tratamento em outros lugares, inclusive de atenção básica, levando a altos gastos. Neste aspecto, destaca-se a rede hierárquica já existente entre estes espaços com os mais luminosos, principalmente quanto aos serviços de saúde.

No caso do SAMU SP, foi possível identificar que as regiões Leste e Sul apresentam proporções dessas demandas superiores à das demais regiões do município, sugerindo uma possível iniquidade e um possível vazio assistencial, até mesmo opacidade nessas regiões. São necessários estudos mais aprofundados a fim de afirmar esta avaliação.

Os desafios postos para a região de saúde de São Paulo não fogem dos desafios postos pelo território brasileiro, apenas mudam de dimensão. O que torna estes desafios ainda mais cruéis, na região, são as possibilidades latentes de melhoria das condições de saúde e universalização do SUS em convívio com a realidade patente de modernização incompleta e seletiva com extrema desigualdade dos usos para a saúde e para o bem estar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no que foi levantado no presente trabalho e com os dados obtidos ao longo da pesquisa, foi possível esboçar qual a atual organização espacial do SAMU SP, os desafios enfrentados pelo serviço, o seu papel dentro do sistema de saúde, bem como as particularidades apresentadas dentro deste recorte territorial específico.

A periodização do SUS ajudou a determinar as diretrizes que orientaram a evolução da implantação do SUS e como isso afetou a própria evolução da implantação do SAMU no território nacional. Conforme demonstrou a análise das normas que conformavam a regionalização como estratégia para a organização do SAMU, a dimensão territorial não fora imediatamente incorporada à formulação das políticas, o que limitou o emprego da estratégia e atrasou o avanço na implantação do serviço de forma que compreendesse e respeitasse as necessidades particulares de cada lugar.

Não se verificou uma forte atuação dos colegiados de gestão regional na região de saúde de São Paulo, pelo contrário, verificou-se uma centralidade na gestão municipal do serviço. Embora não haja uma articulação na escala da metrópole paulistana, o SAMU SP ainda se efetiva de forma regionalizada na escala municipal. Este fato reforça a importância e a preferência da estratégia na organização do SAMU no território.

O sucesso da cobertura do SAMU também depende da forma como sua materialidade se insere no território e a ênfase dada na pesquisa a respeito da distribuição espacial das bases e das ambulâncias nos permitiu perceber que esta reforça um padrão de concentração geográfica dos recursos no centro expandido do município de São Paulo. Este padrão reforça a desigualdade no acesso ao serviço uma vez que se verificou que a maioria dos distritos mais populosos do município não possuía bases descentralizadas com ambulâncias de suporte avançado.

No caso do SAMU SP, foi possível identificar que as regiões Leste e Sul apresentam proporções inferiores do suporte avançado à vida em relação à das demais regiões do município, sugerindo uma possível inequidade e um

possível vazio assistencial nessas regiões, configurando estes espaços como opacos.

São necessários estudos mais aprofundados a fim de se confirme esta avaliação, uma vez que também atuam no município de forma articulada o Corpo de Bombeiros (193) e particularmente em São Paulo existe uma modalidade intermediária de suporte à vida (SIV), como forma de compensar o baixo efetivo de suporte avançado e medicalizado.

As contradições entre abundância e raridade, já enfrentadas pelo SUS, se refletem na situação do SAMU no território de São Paulo, sendo um resultado herdado das opções políticas que geraram uma distribuição qualitativamente e quantitativamente desigual dos objetos de saúde no território, além da própria capacidade dos lugares em interiorizar e garantir a equidade do serviço.

A superação destes padrões de iniquidade é um desafio comum à prestação de serviços de saúde público em todo o território nacional, e em São Paulo não é diferente. Ainda que as decisões sejam centralizadas, não se deve ignorar que estas decisões sejam rebatidas no território conforme fatores históricos, territoriais, políticos e sociais próprios das diferentes localidades. Estes fatores resultam em diferentes capacidades técnicas, políticas, financeiras e informacionais entre os lugares e afetam a conformação de regiões de saúde e suas redes de atenção à saúde.

Os lugares também impõem uma revanche ao SAMU, porque podem aumentar os conflitos e a pressão social para a diminuição das desigualdades da universalização da saúde. Assim, os espaços mais “luminosos” pela existência dos serviços, dos programas, das normas e dos recursos do SUS, lidam com a pressão exercida pelos espaços tornados mais opacos em relação aos usos do território pela saúde. Demais pesquisas a respeito da demanda do serviço do SAMU podem confirmar esta hipótese.

O SAMU surge no sentido de ser mais uma porta de entrada ao SUS e traz oportunidades para a melhoria das condições de saúde da população oferecendo um atendimento voltado às urgências. Ainda que tenha uma

temática específica, o serviço se destaca como um observatório do sistema de saúde, apontando a situação da rede bem como suas fragilidades. O serviço é de suma importância para a população por garantir um atendimento pré-hospitalar in loco em um momento tão delicado de risco à vida.

Porém, a existência do SAMU é moderna e o território é modernizado de maneira incompleta e seletiva. Essa realidade acirra os embates para a consolidação do SAMU, que também se torna seletivo. Este fato reforça que o SAMU SP efetiva-se enquanto norma (direito à saúde) dentro da região, mas não necessariamente como acesso e modernização concreta (oferta do serviço e efetivo de unidades), principalmente em alguns lugares mais periféricos da região de saúde de São Paulo.

O trabalho contou com uma pesquisa bibliográfica que se estendeu da geografia à da saúde pública e coletiva, bem como da área das ciências médicas. A necessidade do diálogo com estas áreas, devido ao próprio objeto de pesquisa, tornou a experiência desafiadora e enriquecedora. A carência de estudos geográficos a respeito do SAMU foi um desafio, contudo este fato reforçou a necessidade e a importância de se estabelecer o diálogo com as diferentes áreas do conhecimento. Entendemos que a compreensão dos fenômenos que se realizam no espaço só pode se dar a partir da capacidade de se apreender a relação entre os objetos e as ações com a realidade como um todo.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. V. de.; Território Usado e Saúde: respostas do Sistema Único de Saúde à situação de metropolização em Campinas – SP. 2006. 153 f. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana). Departamento de Geografia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ALBUQUERQUE, M. V. de.; O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros. 2013. 289 f. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

ALMEIDA, E. P. de.; Uso do Território Brasileiro e os Serviços de Saúde no Período Técnico-Científico-Informacional. 2005. Tese (Doutorado em Geografia Humana). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005a.

ALMEIDA, E. P. de.: O uso do território Brasileiro e a segmentação dos serviços de saúde. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 10., 2005. São Paulo. Anais.. Universidade de São Paulo, São Paulo, p. 552-565p, 2005b.

ANDRADE, M. C.; ANDRADE, S. M. C. A Federação brasileira: uma análise geopolítica e geo-social. São Paulo: Contexto, 2003. 127 p.

ANTAS JR., R. M. Território e regulação: espaço geográfico, fonte material e não-formal do direito. São Paulo: Humanitas/Fapesp, 2005. 248 p.

ARAÚJO, P. Funcionários do Samu dizem ‘perder pacientes’ por falta de macas. Portal R7, 2017. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/sao-paulo/funcionarios-do-samu-dizem-perder-pacientes-por-falta-de-macas-05122017>>. Acesso em: 09 fev. 2018.

BARBOSA, Z. Regulação médica das urgências: entraves, desafios e potencialidades na avaliação e implementação da atenção integral às urgências em

Campinas. 217p. [Dissertação Mestrado] Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 28 mai. 2017

_____. 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 República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 28 mai. 2017.

_____. Lei Nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 28 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Resolução n.º 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova a Norma Operacional Básica/SUS 01/91, constante do Anexo I, da presente resolução, que trata da nova política de financiamento do Sistema Único de Saúde. Ementa elaborada pela CDI/MS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 de janeiro de 1991. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf>. Acesso em: 28 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Diário Oficial da União, DF, 6 de novembro de 1996. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 28 mai. 2017

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.101/GM, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373 de 28 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 out. 2003a. p. 56.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 out. 2003b. p. 57.

_____. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 27 abr. 2004. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 e aprova as suas diretrizes operacionais do Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Série Pactos pela Saúde, v.3 – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº. 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de

Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 31 de dezembro de 2010.

_____. Decreto nº. 7508, de 26 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, 27 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011a. p. 70.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto-atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011b. p. 70.

_____. 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, DF, 21 mai. 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.171, de 5 de junho de 2012. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto-Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 jun. 2012b. p. 128.

CABRAL, A.P.S; SOUZA, W.V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. Revista Brasileira Epidemiologia. V.11, n.4; 2008 p. 530-40.

CAMPOS, G.W.S.; SANTOS, L. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. In *Saúde Soc. São Paulo*, v 24, n.2, p. 438-446, 2015.

CASTILLO, R. et all. Três Dimensões da Solidariedade em Geografia. Experimental. São Paulo, ano II, nº 3, set. 1997.

CASTRO, I. E. de. O Mito da Necessidade. Discurso e prática do regionalismo nordestino. São Paulo: Ed. Bertrand Brasil. 1992.

CASTRO, I. E. de; Geografia e Política: Território, escalas de ação e instituições. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005. 304p.

CONTEL, F. B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. *Saúde e Sociedade*. 24 (2), abr/jun, 2015.

CUNHA, L. SAMU em pauta. *Revista Emergência*, São Paulo, n. 8, p. 22-40, ago. 2017.

DALLARI, S.G. et al.; Atendimento Médico de Urgência na Grande São Paulo. In *Saúde e Sociedade*. São Paulo, 10(2): p. 75-99, 2001.

FARIA, L. Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 206p.

FEITOSA, L. C. A regionalização da saúde no Rio Grande do Norte: Elementos para a compreensão da dinâmica dos lugares. 2013. 137 f. Dissertação (Mestrado em Geografia Humana). Departamento de Geografia. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2013.

FERNANDES, F. S. L. O processo de trabalho da Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do município de São Paulo. 2017. 137 f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

FERNANDES, R. J. Caracterização da atenção pré-hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do Município de Ribeirão Preto-SP. 101p. [Dissertação

Mestrado em Enfermagem] - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FLEURY, J. S. F. O “pacto federativo” e a realidade atual. *Revista do Legislativo*, Belo Horizonte, n. 25, p. 07-13, jan./mar. 1999.

GADELHA, C. A. G. ET AL. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.3003-3016, jun., 2011.

GARCIA, L. C. Dimensionamento de Recursos de Atendimento Móvel de Urgência da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. RJ: Dissertação Mestrado, COPPE/UFRJ. 2006.

GUIMARÃES, R. B. Saúde urbana: velho tema, novas questões. *Terra Livre*, São Paulo, n. 17, p. 155-170, 2 sem., 2001.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. *Cadernos de Saúde Pública*. v. 21, n. 4, p. 1017-1025, jul/ago. 2005.

GUIMARÃES, R. B. Geografia da Saúde: categorias, conceitos e escalas. In: *Saúde: fundamentos de Geografia Humana*. São Paulo: Editora UNESP, 2015, pp. 79-97.

KOLEILAT, M; et al., Uma análise do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Zona Oeste do Rio de Janeiro via simulação de eventos discretos. In: *Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional*, 16-19 de Setembro de 2013, Natal. XLVSBPO Natal, 2013. P. 2967-2978.

KONDER, M.T; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto-Atendimentos na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 525-545, 2015.

LIMA L. D.; VIANA A. L. D. O processo de regionalização na saúde: contextos, condicionantes e papel das Comissões Intergestores Bipartites. In: Lima LD, Viana AL, organizadores. *Regionalização e Relações Federativas na Política de Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2011. p. 11-24.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev. saúde pública. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, 2011.

MACHADO C. V., VIANA A. L. D. Descentralização e coordenação federativa na saúde. In: Viana ALD, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 21-59.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n. 8: p. 1877-1886, 2008.

OLIVEIRA, E.A. Otimização da localização das bases de operação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/BH através do uso de técnicas de geoprocessamento. Caminhos de Geografia – revista online. v. 9, n. 26 jun/2008. p. 133-145.

PHILIPPOPOULOS-MIHALOPOULOS, A. Quem tem medo do espaço? Direito, Geografia e Justiça Espacial. Rev. Fac. Direito UFMG. Belo Horizonte, n. 70, p. 635-661, jan/jun., 2017.

PITTERI, J.S.M; MONTEIRO, P.S. Caracterização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Palmas – Tocantins, Brasil, em 2009. Com. Ciências Saúde. Palmas, 21 (3). p. 227-236.

Portal Saúde, O que é o SAMU? Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/951-sas-raiz/dahu-raiz/forca-nacional-do-sus/l2-forca-nacional-do-sus/13407-servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>>. Acesso em 10 de novembro de 2017.

RIBEIRO, P.T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. Revista Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. V 24 (20), 2015.

SANT'ANNA, E. Samu de Haddad piora e demora demais. Folha de S. Paulo, São Paulo, 23 mai. 2016. Cotidiano, B6.

SANTOS, M. Metamorfoses do Espaço Habitado. 6. ed. 1. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2012 [1988].

SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. 5. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009 [1996].

SANTOS, M. O retorno do território. Observatorio Social de América Latina, Buenos Aires, v. 6, n. 16, p. 251-261, 2005. Disponível em: <<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2009.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. São Paulo: Record, 2001.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO. AMA – Assistência Médica Ambulatorial. São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/ama/index.php?p=1911>. Acesso em dezembro de 2017.

SILVA, S. F. da. (Org.) Redes de atenção no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). In Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v 16, n.6, p. 2753-2762, jun., 2011.

SILVEIRA, M. L. Ao território usado a palavra: pensando princípios de solidariedade socioespacial. In: Viana ALD, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 127-150.

VIANA A. L. D.; ELIAS P. E. M; IBAÑEZ N, Saúde, desenvolvimento e território. São Paulo: Hucitec; 2009. 308p.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D. (Org.) Regionalização e relações interfederativas na política de saúde do Brasil. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.