

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIAS (SAMU) DE SALVADOR, BAHIA:
ATOS INSTITUCIONAIS E AGENTES SOCIAIS**Carla Maria Lima Santos^a<https://orcid.org/0000-0001-8620-2313>Roney Oliveira da Silva^b<https://orcid.org/0000-0001-5337-5023>Ana Maria Freire de Souza Lima^c<https://orcid.org/0000-0002-9285-194X>Sisse Figueredo de Santana^d<https://orcid.org/0000-0002-8336-2300>**Resumo**

A (re)organização dos serviços públicos de saúde é regulamentada por atos institucionais que revelam a ação do Estado como responsável pelo reconhecimento político das necessidades de saúde da população. Na estruturação da Política Nacional de Atenção às Urgências, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) é considerado o principal componente da atenção pré-hospitalar. Este estudo objetivou compreender a implementação do Samu no município de Salvador, no estado da Bahia, por meio do mapeamento e da descrição das normas legais que estruturam o serviço e seus componentes organizacionais, bem como identificar os agentes sociais dos espaços decisórios. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, com recorte temporal do período de 2002 a 2019. Foram analisados atos institucionais nos três níveis de governo, publicados em sítios eletrônicos oficiais de livre acesso. Selecionaram-se 17 normas, em que os componentes organizacionais estruturantes do serviço foram identificados em quatro categorias

^a Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Pública. Docente na Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: cmhsantos@uneb.br

^b Graduando em Medicina pela Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: roney36@gmail.com

^c Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde Pública. Docente na Universidade Federal do Recôncavo Baiano. Santo Antonio de Jesus, Bahia, Brasil. E-mail: anamariafreire@ufrb.edu.br

^d Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Pública. Docente na Universidade Salvador. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: sissesant@hotmail.com

Endereço para correspondência: Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida, Área de Saúde Coletiva, Campus I. Rua Silveira Martins, n. 2555, Cabula. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 41150-000. E-mail: cmhsantos@uneb.br

empíricas: gestão organizacional, gestão de pessoas, gestão de recursos materiais e insumos e gestão de regulação e informação. Foram utilizados constructos teóricos do Planejamento Estratégico em Saúde. Identificaram-se 17 agentes sociais do campo burocrático, relacionando os capitais político e científico, de acordo com a contribuição da sociologia de Pierre Bourdieu. Houve predominância de homens graduados em medicina. Os achados apontam que o Samu de Salvador tem uma execução fragmentada, dependente do cenário político nacional e de repasses financeiros federais, além do planejamento normativo centrado nas decisões do Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Serviços médicos de emergência. Samu. Atos constitutivos.

MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE (SAMU) IN SALVADOR, BAHIA, BRAZIL:
INSTITUTIONAL ACTS AND SOCIAL AGENTS

Abstract

The (re)organization of public health services is regulated by institutional acts that reveal the State's action as responsible for politically recognizing the health needs of the population. Within the National Emergency Care Policy, the Mobile Emergency Care Service (Samu) is considered the main component of pre-hospital care. This qualitative study sought to investigate the implementation of Samu in the municipality of Salvador, Bahia, Brazil by mapping and describing the legal standards that structure the service and its organizational components, as well as to identify the social agents in the decision-making spaces. Carried out from 2002 to 2019, the research analyzed institutional acts at all three levels of government, published on official open access website. Seventeen standards were selected, in which the organizational components structuring the service were identified in four empirical categories: organizational management, people management, management of material resources and inputs, and regulation and information management. Theoretical constructs of Strategic Health Planning were used. Seventeen bureaucratic social agents were identified, relating the political and scientific capitals, according to Pierre Bourdieu. There was a predominance of men with medical degrees. Results suggest that the Samu in Salvador has a fragmented execution, dependent on the national political scenario and on federal financial transfers, besides the normative planning centered on decisions from the Ministry of Health.

Keywords: Emergency medical services. Samu. Acts of constitution.

Resumen

La (re)organización de los servicios de salud pública está regulada por actos institucionales, que revelan la acción del Estado como responsable del reconocimiento político de las necesidades sanitarias de la población. En la estructuración de la Política Nacional de Atención de Urgencias, el Servicio de Urgencia Móvil (Samu) se considera el componente principal de la atención prehospitalaria. Este estudio tuvo como objetivo comprender la implementación del Samu en el municipio de Salvador (Bahía, Brasil), a través del mapeo y la descripción de las normas legales que estructuran el servicio y sus componentes organizacionales, así como la identificación de los agentes sociales de los espacios de toma de decisiones. Se trata de un estudio cualitativo, realizado entre 2002 y 2019. Se analizaron los actos institucionales en los tres niveles de gobierno, publicados en sitios web oficiales de libre acceso. Se seleccionaron 17 estándares, en los cuales se identificaron los componentes organizacionales del servicio en cuatro categorías empíricas: gestión organizacional, gestión de personas, gestión de recursos materiales e insumos, y gestión de regulación e información. Se aplicaron constructos teóricos de la Planificación Estratégica de Salud. Se identificaron 17 agentes sociales del campo burocrático, relacionando capital político y científico, según el aporte sociológico de Pierre Bourdieu. Predominó el número de hombres graduados en medicina. Los hallazgos indican que el Samu de Salvador tiene una implementación fragmentada, dependiendo del escenario político nacional, transferencias financieras federales, además de la planificación normativa centrada en las decisiones del Ministerio de Salud.

Palabras clave: Servicios médicos de urgencia. Samu. Actos constitutivos.

INTRODUÇÃO

As análises sociológicas das políticas de saúde são essenciais para a identificação de um problema social. Por meio de grupos engajados no espaço de luta para a construção da agenda governamental, a produção de conhecimento científico influi na mobilização social e suscita a discussão sobre o problema, gerando pontos de tensionamento que pressionam o Estado a assumir o papel político de enfrentamento à problemática. Posteriormente, a organização dos serviços públicos para atender as necessidades de saúde da população é regulamentada por atos institucionais, atos legais de governo que podem ser considerados respostas políticas ao problema social^{1,2,3}.

A transição demográfica e epidemiológica, vigentes no Brasil, apontam para o envelhecimento da população e para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de indicarem um expressivo crescimento de morbimortalidade por causas externas. Esses fenômenos levaram à ampliação de urgências e emergências e demandaram a (re)organização dos serviços de saúde, como uma resposta institucional para o atendimento dos casos. O aumento de urgências pelo agravamento de brasileiros infectados pelo SARS-CoV-2 é um caso exemplar da importância de atendimentos rápidos, revelados diante da pandemia do covid-19. Entre esses serviços, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), com oferta de atendimento pré-hospitalar de Suporte Básico de Vida (USB) e Suporte Avançado de Vida (USA), com posterior remoção dos assistidos para unidades hospitalares, é fundamental. O Samu é considerado o principal componente pré-hospitalar dos cuidados em urgências e emergências^{4,5,6}.

Experiências internacionais anteriores deram visibilidade aos atendimentos pré-hospitalares qualificados, encarados como capazes de reduzir os indicadores de mortalidade, bem como de mitigar os danos físicos em assistidos^{7,8}. Tanto no Brasil como em outros países, o Corpo de Bombeiros é considerado o primeiro grupo de trabalhadores encarregados pela estabilização das vítimas e pelo transporte rápido aos hospitais. Na primeira metade do século XX, França e EUA estabeleceram normas para o cuidado pré-hospitalar, cuja organização inspirou outros países a adotar seus protocolos. Estudos sugerem que os sistemas francês e norte-americano influenciaram o Brasil tanto na composição dos trabalhadores de saúde e respectivas competências como na oferta de tecnologias e insumos para assistência^{8,9,10,11}.

No Brasil, a primeira década do século XXI foi marcada pela formulação de políticas públicas em diferentes áreas. A Portaria nº 2.048, de 2002, oficializou a criação do Samu e das Centrais de Regulação Médica¹². Por conseguinte, em 2003, através da Portaria nº 1.864, foram instituídos princípios e diretrizes do atendimento pré-hospitalar móvel (Samu) para implantação em todo território nacional^{13,14}. Nesse contexto, os princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS) que orientam a regionalização e o Decreto nº 5.055, de 2004 definiram os critérios de adesão para municípios e estados organizarem os serviços, entre os quais o Samu, segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)¹⁵.

A construção da PNAU ocorreu em três etapas: (1) de 2002 até 2003, na produção das principais normas instituintes da política; (2) de 2004 a 2008, nas disposições legais para implantação do Samu; (3) a partir de 2009, na implantação das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA). A articulação dos diferentes componentes previstos pela PNAU foi descrita em 2011, com a regulamentação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), com previsão de investimento e custeio¹⁶. Além disso, em parceria com a Agência Nacional

de Telecomunicações (Anatel) foi definido o número 192 para chamadas da população em todo o território nacional^{5,11}.

O Federalismo no Brasil e a forma como o SUS está organizado estabelecem competências aos três níveis de gestão. Nos níveis estaduais, as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) são responsáveis pela estruturação, distribuição dos recursos e fiscalização dos serviços prestados. As Secretarias Municipais de Saúde (SMS) são encarregadas pela contratação dos profissionais, capacitação das equipes e a organização dos atendimentos. Essa descentralização é uma estratégia que visa garantir maior dinamismo e integração na cobertura dos serviços de saúde, permitindo que os grandes centros hospitalares fiquem responsáveis pelos serviços de alta complexidade^{7,10,17,18}.

Contudo, cada município brasileiro dispõe de particularidades sociopolíticas e organizacionais, capazes de imprimir possíveis desigualdades na implantação da RUE e seus diferentes componentes¹⁸. Com vistas a compreender como ocorreu a implementação do Samu em Salvador, esta pesquisa objetivou mapear e descrever os atos institucionais que estruturaram, no período de 2002 a 2019, o serviço, os componentes organizacionais e os agentes sociais atuantes nos espaços decisórios.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este artigo apresenta um estudo de caso sobre os atos institucionais para a execução do Samu em Salvador (BA), considerada a terceira cidade mais populosa do Brasil. Com abordagem qualitativa, descritiva e retrospectiva, a análise documental foi apoiada em conceitos do referencial teórico de Pierre Bourdieu², tais como espaço social, agente social, campo, capital. Também foi utilizado o aporte teórico do Planejamento Estratégico de Mário Testa, como o diagnóstico situacional, o poder técnico, político e administrativo³.

Para identificação dos atos institucionais que normatizam a realização do serviço foram selecionados dispositivos legais, atas e divulgações oficiais de livre acesso, publicados entre 2002 e 2019, nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Para a busca, foram usadas as palavras-chave: Samu, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Urgências, Emergências e Rede de Urgências e Emergências. O período de coleta ocorreu entre os meses de abril e outubro de 2020. Os atos institucionais federais que regulam a organização da RUE, dentre os quais, a Portaria GM/MS nº 2.048, de 2002, a PNAU e a Portaria GM/MS nº 1.863, de 2003, foram considerados basilares para a análise da estruturação do Samu em Salvador.

No âmbito nacional foram consultados os sítios eletrônicos do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Diário Oficial da União e Conselho Nacional de Secretários de Saúde. No âmbito estadual, os documentos foram acessados no

Diário Oficial do Estado da Bahia, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, Conselho Estadual de Saúde, Comissão Intergestores Bipartite, Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia. No âmbito municipal, Diário Oficial do Município de Salvador e Secretaria de Saúde do Município de Salvador. Os Planos Estaduais de Saúde (Bahia) e Planos Municipais de Saúde (Salvador), publicados no período de 2002 a 2019, foram analisados para identificar os propósitos governamentais.

Após seleção dos textos e leitura, os dados extraídos dos principais atos institucionais federais foram organizados em categorias empíricas: (1) dispositivo legal com data de publicação; (2) deliberações gerais; (3) deliberações específicas que trouxessem diretrizes para estados e municípios, com destaque para Salvador; (4) espaço governamental; (5) agentes sociais identificados e cargos ocupados (**Quadro 1**).

Quadro 1 – Principais atos institucionais federais para implantação do Samu categorizados em dispositivos legais com data de publicação, deliberações gerais, deliberações específicas e agentes sociais identificados. Salvador, Bahia, Brasil – 2002-2019

(continua)

Dispositivo legal	Deliberações gerais	Deliberações específicas com diretrizes para estados e municípios	Espaço governamental	Agentes sociais e cargos ocupados
Portaria GM/MS nº 2048, de 05 de novembro de 2002	Criar e normatizar o Atendimento Móvel às Urgências e a Rede de Urgência e Emergência	Aprovação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Determinação às Secretarias Estaduais de Saúde para a adoção das providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, organização das redes assistenciais integrantes, organização/habilitação e cadastramento dos serviços em todas as modalidades assistenciais que integram essas redes	Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite	Humberto Sérgio Costa Lima – Ministro da Saúde
Portaria GM/MS nº 1863, de 29 de setembro de 2003	Instituir a PNAU, a ser implantada em todas as unidades federadas	A instituição da PNAU estabeleceu as competências da União, estados e municípios na constituição da RUE. Foi estabelecida a organização dos serviços ofertados pelas redes e a determinação com todas as instâncias governamentais para que atendessem às providências necessárias.	Ministério da Saúde	Humberto Sérgio Costa Lima – Ministro da Saúde
Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003	Instituir o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, por intermédio da implantação do Samu 192 em municípios e regiões de todo o território brasileiro	Recomendações para implantação de Samu, Centrais de Regulação e Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões, como primeira etapa da implantação da PNAU. Instituição de financiamento para investimento e custeio do componente pré-hospitalar móvel, visando à implantação e implementação do Samu 192. Definição das despesas de custeio, como responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre União, estados e municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para esses custos	Ministério da Saúde	Humberto Sérgio Costa Lima – Ministro da Saúde

Quadro 1 – Principais atos institucionais federais para implantação do Samu categorizados em dispositivos legais com data de publicação, deliberações gerais, deliberações específicas e agentes sociais identificados. Salvador, Bahia, Brasil – 2002-2019

(continua)

Dispositivo legal	Deliberações gerais	Deliberações específicas com diretrizes para estados e municípios	Espaço governamental	Agentes sociais e cargos ocupados
Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004	Instituir o Samu em municípios e regiões do território nacional, entre outras providências	Define o número 192 para o Samu em todo o território nacional, por meio da Anatel, ligando às Centrais de Regulação Médica. Formaliza o processo de execução do Samu pelos municípios. Orienta os municípios ou regiões que pretenderem aderir ao Samu a formular requerimento aos Ministérios da Saúde e das Comunicações, que decidirão, conjuntamente sobre a assinatura de convênio para a disponibilização do número de acesso nacional, bem como a definição dos procedimentos a serem adotados	Presidência da República; Casa Civil; Ministério da Saúde; Ministério das Comunicações	Luiz Inácio Lula da Silva – Presidente da República; Humberto Costa – Ministro da Saúde; Eunício Oliveira – Ministro das Comunicações
Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011	Reformular a PNAU e instituir a Rede de Atenção às Urgências no SUS	Orientar a regionalização do atendimento às urgências com articulação e integração das diversas redes de atenção, e respectivos serviços de saúde, mantendo acesso regulado a todos os pontos da rede, inclusive com as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas. Estabelecer o desenho regional e orientar o Plano de Ação para discussão e aprovação nas CIB	Ministério da Saúde	Alexandre Padilha – Ministro da Saúde
Portaria GM/MS nº 1010, de 21 de maio de 2012	Redefinir as diretrizes para a implantação do Samu 192 e sua Central de Regulação das Urgências (CRU), componente da Rede de Atenção às Urgências	Regionalização das ações coordenadas através de Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências. Repasses financeiros de custeio e investimento definidos pelo total de habitantes por município, e cobertura ofertada, sendo recomendada a formação de regiões de saúde para municípios de pequeno porte populacional. Municípios como Salvador, teriam direito a R\$ 175.000,00 de custeio para reforma. O custeio das CRU necessitaria de detalhamento técnico do Samu-192 pelas CIB. Responsabilidade financeira tripartite, sendo 50% União, mínimo de 25% de estados e máximo de 25% de município	Ministério da Saúde	Márcia Aparecida do Amaral – Ministra Interina da Saúde
Portaria GM/MS nº 1.473, de 18 de julho de 2013	Alterar a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Samu 192, CRU e RUE	Incentivos financeiros para Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre, Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre e Unidades Aerodinâmicas. Repasses de R\$ 350.000,00 para municípios com população de 350.001 a 3 milhões de habitantes e de R\$ 440.000,00 para municípios com população acima de três milhões	Ministério da Saúde	Alexandre Padilha – Ministro da Saúde

Quadro 1 – Principais atos institucionais federais para implantação do Samu categorizados em dispositivos legais com data de publicação, deliberações gerais, deliberações específicas e agentes sociais identificados. Salvador, Bahia, Brasil – 2002-2019

(conclusão)

Dispositivo legal	Deliberações gerais	Deliberações específicas com diretrizes para estados e municípios	Espaço governamental	Agentes sociais e cargos ocupados
Portaria GM/MS nº 825, de 25 de abril de 2016	Redefinir a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS e atualizar as equipes habilitadas	Define que será acionado o Samu do município para atendimento de pacientes assistidos na Atenção Domiciliar mediante pactuações entre os componentes da rede e dos serviços. O valor do repasse deverá ser faturado conforme Credenciamento 002/2013 de Remoção terrestre	Ministério da Saúde	Marcelo Castro – Ministro da Saúde
Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017	Definir as normas para a consolidação das redes de saúde do SUS, destacando a participação de cada componente	A RUE foi considerada uma Rede Temática de Atenção à Saúde. Foram adotados como fundamentos para garantir resolubilidade no cuidado e superação da fragmentação: Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos. A PNAU foi posta como uma das políticas basilares	Ministério da Saúde	Ricardo Barros – Ministro da Saúde
Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017	Consolidar as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS	O financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde estão dispostos na forma de blocos de financiamento com o respectivo monitoramento e controle e são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS	Ministério da Saúde	Ricardo Barros – Ministro da Saúde

Fonte: Elaboração própria.

Para os principais atos institucionais estaduais e municipais, as categorias adotadas foram: (1) dispositivo legal com data de publicação; (2) deliberações gerais; (3) deliberações específicas; (4) espaço governamental; (5) agentes sociais e cargos ocupados (**Quadro 2**).

Quadro 2 – Principais atos institucionais estaduais e municipais* para implantação do Samu categorizados em dispositivos legais com data de publicação, deliberações gerais, deliberações específicas e agentes sociais identificados. Salvador, Bahia, Brasil – 2003-2019

(continua)

Dispositivo legal	Deliberações gerais	Deliberações específicas	Espaço governamental	Agentes sociais e cargos ocupados
Resolução CIB nº 097, de 19 de dezembro de 2003 (EM)	Aprovar o Plano Estadual de Atenção às Urgências Projeto Samu 192 – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	Competências estadual e municipais previstas	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite	*
Resolução CIB nº 041, de 15/16 de maio de 2004 (EM)	Aprovar a Sesab como gestora provisória do Samu	Aprovar a Sesab como gestão provisória do projeto do Samu em Salvador e Região Metropolitana	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite	*

Quadro 2 – Principais atos institucionais estaduais e municipais* para implantação do Samu categorizados em dispositivos legais com data de publicação, deliberações gerais, deliberações específicas e agentes sociais identificados. Salvador, Bahia, Brasil – 2003-2019

(continua)

Dispositivo legal	Deliberações gerais	Deliberações específicas	Espaço governamental	Agentes sociais e cargos ocupados
Resolução CIB nº 097, de 28 de outubro de 2004 (EM)	Aprovar o financiamento do Samu, quanto ao comprometimento de cada esfera governamental	Cabe a municípios assumir 20% do financiamento do Samu, e cabe ao governo estadual assumir 30%. O repasse federal foi estimado em 50%	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite	*
Lei Municipal nº 6.729, de 09 de maio de 2005 (M)	Instituir, no município de Salvador, o projeto Samu-192	O Samu 192 é considerado como emergencial e de excepcional interesse público, nos termos do art. 37, inciso III, da Lei Complementar nº 02/91, alterada pela Lei Complementar nº 38/05	Prefeitura Municipal de Salvador; Secretaria Municipal de Saúde	João Henrique Carneiro – Prefeito de Salvador Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza – Secretário Municipal de Saúde
Decreto Municipal nº 15.676, de 31 de maio de 2005 (M)	Regulamentar, o Samu 192 no município de Salvador, e outras providências	O Samu 192, no âmbito do Município do Salvador tem a finalidade de atender às urgências e emergências pré-hospitalares de acordo com as necessidades de saúde da população, aspectos sociodemográficos, causalidade local e regional das urgências, rede instalada de acordo com suas características físicas, localização, acesso e resolubilidade, referências e contrarreferências definidas pela SMS	Prefeitura Municipal de Salvador; Secretaria Municipal de Saúde	João Henrique Carneiro – Prefeito de Salvador; Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza – Secretário Municipal de Saúde
Decreto Municipal nº 16.300, de 02 de janeiro de 2006 (M)	Altera o anexo III que se refere o artigo 8º do Decreto 15.676/2005	Estabelece os quantitativos de funções para o quadro de recursos humanos e afirma os compromissos financeiros a partir do orçamento vigente, além das pactuações com a União e o Estado	Prefeitura Municipal de Salvador; Secretaria Municipal de Saúde	João Henrique Carneiro – Prefeito de Salvador; Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza – Secretário Municipal de Saúde
Decreto nº 10.338, de 09 de maio de 2007 (E)	Instituir a transferência regular pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde dos recursos estaduais ao Samu, incluindo equipes habilitadas	Institui o incentivo estadual para o custeio e estabelece os valores a serem repassados aos Fundos de Saúde Municipais habilitados em face da PNAU	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite	Jorge Solla – Secretário Estadual de Saúde; Coordenador da CIB

Quadro 2 – Principais atos institucionais estaduais e municipais* para implantação do Samu categorizados em dispositivos legais com data de publicação, deliberações gerais, deliberações específicas e agentes sociais identificados. Salvador, Bahia, Brasil – 2003-2019

(continua)

Dispositivo legal	Deliberações gerais	Deliberações específicas	Espaço governamental	Agentes sociais e cargos ocupados
Portaria Secretaria Estadual de Saúde nº 2.290, de 13 de agosto de 2008 (E)	Alterar dispositivos e anexos da Portaria nº 1.281, de 2007, que instituiu a transferência regular pelo Fundo Estadual de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde dos recursos estaduais relativos ao componente pré-hospitalar do PNAU, o Samu 192, incluindo equipes já habilitadas	Institui a transferência regular do fundo estadual para os Fundos Municipais de Saúde, para custeio das equipes que compõem o Samu, relativos ao PNAU, incluindo novas equipes já habilitadas	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite	Jorge Solla – Secretário Estadual de Saúde; Coordenador da CIB
Lei Orçamentária Estadual nº 11.482, de 10 de julho de 2009 (E)	Dispor sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício de 2010, e outras providências	Estabelecer, como prioridade para o estado, a Reorganização da Rede de Urgências com a ampliação do Samu	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite	Jorge Solla – Secretário Estadual de Saúde; Coordenador da CIB
Lei Municipal nº 7.659, de 11 de julho de 2009 (M)	Definir e disciplinar serviços de urgências e emergências médicas, e outras providências	Estabelecer que os serviços de urgências e emergências médicas, públicas ou privadas, estabelecidos em Salvador, estão obrigados a manter o Setor Específico de Triagem de Risco, com a finalidade de avaliar e priorizar os atendimentos de emergência e urgência, levando em conta o grau de risco de cada paciente. Os serviços tiveram 120 dias para se adequar	Prefeitura Municipal de Salvador; Secretaria Municipal de Saúde	João Henrique Carneiro – Prefeito de Salvador; José Carlos Raimundo Brito – Secretário Municipal de Saúde
Portaria Secretaria Estadual de Saúde nº 1.080, de 02 de agosto de 2011 (E)	Instituir as diretrizes de implementação das Centrais de Regulação, de forma a garantir a sua integração com os serviços hospitalares e o Samu 192	Instituir a Política Estadual de Regulação do SUS, respeitando o preconizado pela portaria GM nº 1559/08. Os processos de trabalho que compõem a Regulação do acesso à Assistência foram implantados/implementados de forma integrada, em todos os municípios do estado de acordo com o Plano Diretor de Regionalização e sua responsabilidade na conformação do complexo regulador estadual	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite	Jorge Solla – Secretário Estadual de Saúde e Coordenador da CIB

Quadro 2 – Principais atos institucionais estaduais e municipais* para implantação do Samu categorizados em dispositivos legais com data de publicação, deliberações gerais, deliberações específicas e agentes sociais identificados. Salvador, Bahia, Brasil – 2003-2019

(continua)

Dispositivo legal	Deliberações gerais	Deliberações específicas	Espaço governamental	Agentes sociais e cargos ocupados
Resolução CIB nº 044, de 31 de janeiro de 2012 (EM)	Estabelecer a consonância do PNAU com Portarias Ministeriais, princípios constitucionais do SUS	Instituir as diretrizes a serem adotadas pelo Plano Estadual de Urgências	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite; Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia	Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário Estadual da Saúde; Coordenador da CIB; Raul Moreira Molina Barrios – Presidente do Cosems/BA e Coordenador Adjunto da CIB/BA
Lei Municipal nº 8.361, 14 de setembro de 2012 (M)	Dispõe sobre as diretrizes orçamentárias para o exercício financeiro de 2013, e dá outras providências	Previsão orçamentária de R\$ 3.588.000,00 para realização dos serviços de atendimento de saúde pré-hospitalar e R\$ 200,00 para ações no atendimento às mulheres em proc. de aborto e outras medidas para redução da mortalidade	Prefeitura Municipal de Salvador; Secretaria Municipal de Saúde	João Henrique Carneiro – Prefeito de Salvador Tatiana Maria Paraíso – Secretária Municipal de Saúde
Resolução CIB nº 524, de 10 de novembro de 2013 (EM)	Aprovar as diretrizes, componentes e critérios para a construção dos Planos Regionais da Linha do Cuidado do Trauma, na Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia.	Aprovar as diretrizes, componentes e critérios para a construção dos Planos Regionais da Linha do Cuidado do Trauma, na Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia. Estabelecer os princípios do Cuidado do Trauma. Estabelecer os componentes da Linha do Cuidado do Trauma na Rede de Atenção às Urgências do Estado da Bahia	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite; Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia	Jorge José Santos Pereira Solla – Secretário Estadual da Saúde; Coordenador da CIB/BA; Raul Moreira Molina Barrios – Presidente do Cosems/BA
Resolução CIB nº 133, de 25 de outubro de 2015 (EM)	Redefinir o financiamento do Samu 192, no estado da Bahia	Redefinir que os valores referentes à parcela do Estado para o custeio mensal das unidades do componente Samu 192 habilitadas e qualificadas pelo Ministério da Saúde são aqueles definidos no âmbito da Portaria GM/MS nº 1.473/2013, mantendo participação de 25% do estado da Bahia e de 25% dos municípios	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite; Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia	Fábio Vilas-Boas Pinto – Secretário Estadual da Saúde; Coordenador da CIB/BA; Stela dos Santos Souza – Presidente do Cosems/BA; Coordenadora Adjunta da CIB/BA
Resolução CIB nº 071, de 20 de março de 2018 (EM)	Aprovar a ampliação dos serviços disponibilizados pelo Samu de Salvador e Região Metropolitana Ampliada	Aprovar a inserção do transporte aeromédico do Samu 192 Metropolitano de Salvador no Plano de Ação da Rede de Atenção às Urgências da Região Metropolitana Ampliada do Estado da Bahia	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite; Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia	Fábio Vilas-Boas Pinto – Secretário Estadual da Saúde; Coordenador da CIB/BA; Stela dos Santos Souza – Presidente do Cosems/BA; Coordenadora Adjunta da CIB/BA

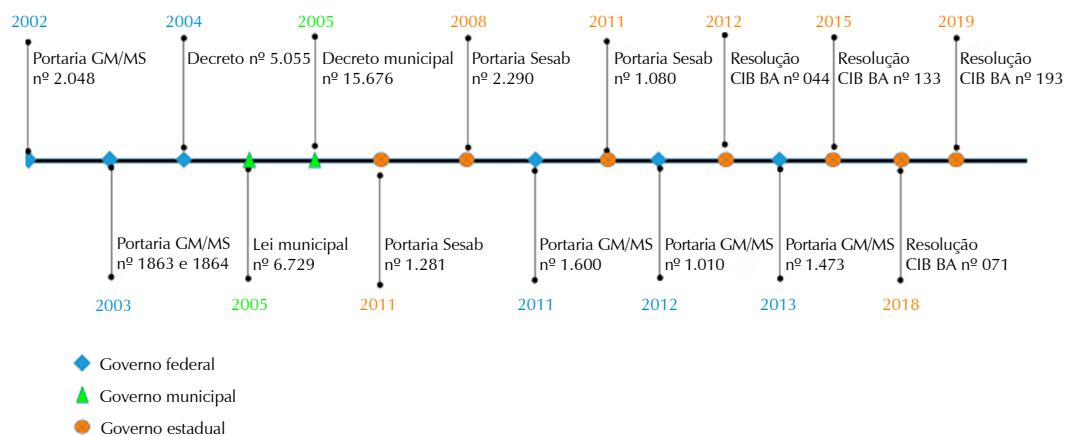
Quadro 2 – Principais atos institucionais estaduais e municipais* para implantação do Samu categorizados em dispositivos legais com data de publicação, deliberações gerais, deliberações específicas e agentes sociais identificados. Salvador, Bahia, Brasil – 2003-2019 (conclusão)

Dispositivo legal	Deliberações gerais	Deliberações específicas	Espaço governamental	Agentes sociais e cargos ocupados
Resolução CIB nº 193, de 22 de novembro de 2019 (EM)	Aprovar alterações na Resolução CIB nº 044/2012, que aprovou as diretrizes, critérios e requisitos para a construção dos Planos Estadual, Regionais e Municipais da Rede de Atenção às Urgências.	Aprovar as alterações na Resolução CIB nº 044/2012 que aprovou as diretrizes, critérios e requisitos para a construção dos Planos Estadual, Regionais e Municipais da Rede de Atenção às Urgências.	Secretaria Estadual de Saúde da Bahia; Comissão Intergestores Bipartite; Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde do Estado da Bahia	Fábio Vilas-Boas Pinto – Secretário Estadual da Saúde; Coordenador da CIB/BA; Stela dos Santos Souza – Presidente do Cosems/BA; Coordenadora Adjunto da CIB/BA

Fonte: Elaboração própria.

*(EM) quando forem legislações que contemplem as esferas estadual e municipal; (E) para legislações estaduais da Bahia; e (M) para legislações municipais de Salvador.

Figura 1 – Disposição temporal dos principais atos institucionais federais, estaduais (Bahia) e municipais (Salvador) para implementação do Samu. Salvador, Bahia, Brasil – 2002-2019



Fonte: Elaboração própria.

Para compreensão da organização do Samu de Salvador, a partir das normas federais e municipais, os principais atos institucionais foram dispostos numa linha do tempo (**Figura 1**). Para qualificação de “principais”, dada aos atos institucionais, adotou-se como critérios: (1) ter sido legislação estruturante da PNAU ou RUE; (2) ser normatizadora para implementação do Samu em estados e municípios; (3) ter sido regulamentada para Salvador, Bahia. As leis e demais dispositivos que contemplassem outros componentes da RUE foram lidos para análise, mas não compuseram

a amostra selecionada. Os agentes sociais foram identificados a partir das posições ocupadas no campo burocrático no período de publicação das normas. Todos os selecionados assinavam os atos institucionais que compuseram a amostra final. Após a seleção, os agentes sociais foram alocados em um quadro síntese e analisados conforme: (1) pertencimento ao campo burocrático, nacional, estadual e municipal; (2) cargo ocupado; (3) formação acadêmica; (4) filiação partidária; (5) período de exercício do cargo ocupado (item 2) (**Quadro 3**).

Quadro 3 – Identificação dos agentes sociais, organizados por campo burocrático (nacional, estadual e municipal), cargo ocupado, formação acadêmica, filiação partidária e período de exercício. Salvador, Bahia, Brasil – 2002-2019

(continua)

Agentes sociais	Campo Burocrático	Cargo Ocupado	Formação acadêmica	Filiação Partidária	Período de exercício
Humberto Sérgio Costa Lima	Nacional	Ministro da Saúde	Medicina	Partido dos Trabalhadores – PT	01/01/2003 – 08/07/2005
José Saraiva Felipe	Nacional	Ministro da Saúde	Medicina	Movimento Democrático Brasileiro – MDB	08/07/2005 – 31/03/2006
Eunício Oliveira	Nacional	Ministro das Comunicações	Administração	Movimento Democrático Brasileiro – MDB	24/01/2004 – 14/06/2005
José Agenor Álvares da Silva	Nacional	Ministro da Saúde	Farmácia e Bioquímica	Movimento Democrático Brasileiro – MDB	31/03/2006 – 16/03/2007
José Gomes Temporão	Nacional	Ministro da Saúde	Medicina	Movimento Democrático Brasileiro – MDB	16/03/2007 – 31/12/2010
Alexandre Rocha Santos Padilha	Nacional	Ministro da Saúde	Medicina	Partido dos Trabalhadores – PT	01/01/2011 – 03/02/2014
Marcia Aparecida do Amaral	Nacional	Ministra Interina da Saúde	Medicina	Sem filiação partidária	Exercício interino
Marcelo Costa e Castro	Nacional	Ministro da Saúde	Medicina	Movimento Democrático Brasileiro – MDB	16/02/2016 – 27/04/2016
Ricardo Barros	Nacional	Ministro da Saúde	Engenharia Civil	Partido Progressistas – PP	12/05/2016 – 02/04/2018
Jorge José Santos Pereira Solla	Estadual	Secretário Estadual de Saúde	Medicina	Partido dos Trabalhadores – PT	01/01/2007 – 21/02/2014
Fábio Vilas-Boas Pinto	Estadual	Secretário Estadual de Saúde	Medicina	Sem filiação partidária	01/07/2015 – atual
Raul Moreira Molina Barrios	Estadual	Vice-presidente do Cosems/BA	Medicina	Partido Socialista do Brasil	01/01/2019 – 01/01/2021
Stela dos Santos Souza	Estadual	Presidente do Cosems/BA e vice-presidente da CIB/BA	Administração e Recursos Humanos	Sem filiação partidária	01/01/2019 – 01/01/2021
João Henrique Carneiro	Municipal	Prefeito de Salvador	Economia	Movimento Democrático Brasileiro – MDB (2007-2010); Partido Progressistas – PP (2011-2013)	01/01/2005 – 01/01/2013
José Carlos Raimundo Brito	Municipal	Secretário Municipal de Saúde	Medicina	Sem filiação partidária	2008 – 31/09/2010

Quadro 3 – Identificação dos agentes sociais, organizados por campo burocrático (nacional, estadual e municipal), cargo ocupado, formação acadêmica, filiação partidária e período de exercício. Salvador, Bahia, Brasil – 2002-2019

(conclusão)

Agentes sociais	Campo Burocrático	Cargo Ocupado	Formação acadêmica	Filiação Partidária	Período de exercício
Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza	Municipal	Secretário Municipal de Saúde	Medicina	Sem filiação partidária	01/01/2005 – 20/06/2007
Tatiana Maria Paraíso	Municipal	Secretária Municipal de Saúde	Medicina	Sem filiação partidária	06/04/2012 – 31/12/2013

Fonte: Elaboração própria a partir de informações em sítios eletrônicos de acesso livre.

A análise sociológica dos agentes sociais possibilita compreender sua posição ocupada no espaço social estudado, bem como suas disposições e tomadas de posição relacionadas à política, estabelecidas a partir das condições sócio-históricas de possibilidades. A teoria sociológica de Pierre Bourdieu estabelece que é no Estado que os agentes sociais conseguem imprimir consensos para que normas possam ser estabelecidas. Esses consensos são pactuados em uma arena de luta, na qual cada agente empregará forças para que suas posições se concretizem a partir dos capitais. Para Bourdieu, o estabelecimento de consensos não é isento de conflitos e confrontos, uma vez que cada agente social tem uma matriz identitária compartilhada pelo grupo social de origem (*habitus*), cujas disposições podem ser divergentes.

Estudos sociológicos, feitos a partir da teoria bourdieusiana, mostram que agentes sociais egressos de um mesmo campo demonstram características que podem se expressar no campo do poder. Portanto, os espaços decisórios governamentais são, por excelência, a mais evidente arena para análise do jogo de lutas. Neste artigo, o campo burocrático foi compreendido como espaço de regulamentação do Estado². Entre os capitais possíveis, foram analisados o capital político e o capital científico. A filiação partidária, o cargo ocupado e o alinhamento político entre os níveis de gestão contribuíram para mapear a posição na conjuntura política, e a graduação do agente social identificado foi utilizada para situar sua posição no campo científico (**Quadro 3**).

Para Mário Testa, planejar implica pensar e agir como processo para a transformação social. Como prática historicamente orientada, a práxis dos gestores estaria implicada na mudança social pretendida, cujo método seria diretamente relacionado ao que se pretende modificar. Como atores históricos, entende-se que os agentes sociais ocupam espaços e dispõem de poder para conduzirem a transformação. Como poder, Testa atribuíria três dimensões possíveis, técnica, política e administrativa, sendo possível que um agente disponha de apenas um ou de possíveis combinações. Além disso, responsáveis pelas ações, as instituições são compreendidas como arranjos organizacionais, nas quais métodos e propósitos confluem

como ferramentas do planejamento em saúde, aplicadas pelos agentes sociais. Portanto, a tríade organização-propósito-método revela uma relação a ser analisada mediante as condições sociopolíticas e econômicas presentes na janela temporal estudada, conhecida como postulado de coerência³. Nesse sentido, este estudo buscou identificar os atos institucionais que colocam em prática o Samu em Salvador e elementos do Planejamento Estratégico, com vistas ao diagnóstico situacional e a distribuição do poder técnico, político e administrativo.

A avaliação e o acompanhamento são etapas importantes no monitoramento das políticas públicas de saúde, uma vez que fatores sócio-políticos, econômicos e tecnológicos podem impactá-las diretamente^{1,3,11,18}. Este trabalho adotou componentes organizacionais para identificar, nos atos institucionais, o processo de implementação a partir das regulamentações para a estruturação do Samu. Os componentes organizacionais foram definidos com base na literatura científica sobre a área e foi dividida em: (1) gestão organizacional, abrangendo os serviços de saúde atuantes na RUE, os contratos, os fluxos assistenciais, os protocolos técnicos, os protocolos normativos, os protocolos de intervenção, a presença de Comitê Gestor, os repasses financeiros, os instrumentos de avaliação e as parcerias institucionais; (2) gestão de pessoas, incluindo a composição das equipes, o regime de trabalho, a carga horária, a educação continuada e a saúde do trabalhador; (3) gestão de recursos materiais e insumos, compreendendo a organização da frota, a biossegurança, o descarte de resíduos, a aquisição e estoque de insumos; (4) gestão de informação e regulação, envolvendo as centrais telefônicas e de comunicação interna, o protocolo de triagem e as recomendações^{19,20} (**Quadro 4**). Todos os achados foram triangulados com as normatizações do Ministério da Saúde e discutidos com a literatura científica e o referencial teórico adotado na pesquisa.

Quadro 4 – Componentes organizacionais* identificados e regulamentados no processo de implantação do Samu. Salvador, Bahia, Brasil – 2002-2008

(continua)

Dispositivo legal	Gestão Organizacional	Gestão de Pessoas	Gestão de Recursos Materiais e Insumos	Gestão de Informação e Regulação
Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002	O regulamento, de caráter nacional, estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais e municipais de urgência e emergência, determinando as normas e critérios de funcionamentos	Institui que o Samu deve conter os seguintes profissionais para o funcionamento: Médico responsável pelas atividades médicas do serviço, Responsável de Enfermagem, Médicos Reguladores, Médicos Intervencionistas, Enfermeiros Assistenciais, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Auxiliar de Regulação, Rádio-Operador, Condutor de Veículos de Urgência	Dispõe sobre os medicamentos obrigatórios no atendimento às urgências	Institui que o atendimento pré-hospitalar (Samu) deve ser integrado a centrais de regulação

Quadro 4 – Componentes organizacionais* identificados e regulamentados no processo de implantação do Samu. Salvador, Bahia, Brasil – 2002-2008

(continua)

Dispositivo legal	Gestão Organizacional	Gestão de Pessoas	Gestão de Recursos Materiais e Insumos	Gestão de Informação e Regulação
Portaria GM/MS nº 1.864, de 29 de setembro de 2003	Estabelece os critérios e valores que serão repassados de forma automática para os fundos estaduais no processo de implantação do Samu 192. Dispõe também sobre os valores repassados para cada equipe de suporte básico e avançado do Samu. Define critérios para avaliação da implantação	Cria o Núcleo de Educação em Urgências com a finalidade de promover a capacitação e educação permanente dos trabalhadores para o atendimento adequado às urgências e emergências	Um veículo de SBV para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes e de um veículo de SAV para cada 400.000 a 450.000 por habitantes	Estabelece indicadores para avaliação do tempo de resposta às chamadas, papéis e responsabilidades dos profissionais
Lei Municipal nº 6.729, de 9 de maio de 2005	Institui o Projeto Samu 192	Coordenação e subcoordenações foram previstas para contratação excepcional dos profissionais	Itens não contemplados na Lei Municipal	Itens não contemplados na Lei Municipal
Decreto Municipal nº 15.676, de 30 de maio de 2005	Institui as diretrizes de funcionamento e componentes estruturais necessário para o funcionamento do Samu com fluxos assistenciais, referência e contrarreferência. Informa cumprimento da estrutura requerida na Portaria MS nº 2.048/2002. Adoção de protocolos e diretrizes por todos os serviços da RUE	Dispõe sobre o Núcleo de Educação em Urgências. Define. Cargos Comissionados e suas competências: Coordenador Central, Subcoordenador de Operações, Subcoordenador de Logística, Subcoordenador de Planejamento, Subcoordenador de Administração, Subcoordenador de Enfermagem, Subcoordenador Médico, Subcoordenador de Equipes Especiais. Funções de confiança: Supervisor de Frota e Supervisor de Informática	Itens não contemplados no Decreto	Institui o Complexo Regulador, atribuições e indicadores de desempenho a dos serviços. Define as atribuições das centrais de regulação. tempo de resposta às chamadas e análise da taxa de mortalidade imediata dos transportados
Decreto Municipal nº 16.300, de 26 de janeiro de 2006	As despesas decorrentes correrão à conta de dotações próprias do orçamento vigente e das decorrentes de convênios firmados com a União e com o estado da Bahia	Prevê contratação de 160 condutores de veículo de emergência (36h), 60 enfermeiros (36h), 56 médicos interencionistas (24h), 56 médicos reguladores (24h), oito mergulhadores (36h), 18 rádio operadores (36h), 124 técnicos de enfermagem (36h), 80 técnicos de enfermagem motociclistas (36h), oito técnicos de emergência em produtos perigosos (36h), 12 técnicos especializados em resgate vertical e espaço confinado (36h), 62 telefonistas auxiliares de regulação médica (36h)	Itens não contemplados no Decreto	A contratação prevista de médicos reguladores, rádio operadores e telefonistas auxiliares de regulação médica podem ser compreendida como parte da estruturação na regulação

Quadro 4 – Componentes organizacionais* identificados e regulamentados no processo de implantação do Samu. Salvador, Bahia, Brasil – 2002-2008

(conclusão)

Dispositivo legal	Gestão Organizacional	Gestão de Pessoas	Gestão de Recursos Materiais e Insumos	Gestão de Informação e Regulação
Decreto Financeiro BA nº 11, de 31 de janeiro de 2008	Aprova o repasse financeiro no valor de R\$ 9.250.000,00, para a ampliação do Samu no estado. Institui a diretriz de funcionamento das centrais de regulação do estado	Cria o planejamento dos princípios do Núcleo de Educação e Pesquisa do Samu BA para a capacitação dos profissionais da rede de urgência e emergência do estado	Itens não contemplados no Decreto	Itens não contemplados no Decreto
Portaria Sesab nº 2.290, de 13 de agosto de 2008	Institui a transferência regular do fundo estadual para os fundos municipais de saúde, para custeio das equipes que compõem o Samu, relativos ao PNAU, incluindo novas Equipes já habilitadas. Repasse de R\$ 297.900,00 para Salvador, Bahia	Itens não contemplados na Portaria	Compra de cinco ambulâncias de suporte avançado de vida, 25 ambulâncias de suporte básico de vida e construção de uma central de regulação no município de Salvador, Bahia	Previsão orçamentária para construção da Central de Regulação em Salvador, Bahia

Fonte: Elaboração própria.

*Os componentes organizacionais adotados compreendem: (1) gestão organizacional (serviços de saúde atuantes na RUE, contratos, fluxos assistenciais, protocolos técnicos, protocolos normativos, protocolos de intervenção, presença de Comitê Gestor, repasses financeiros, instrumentos de avaliação, parcerias institucionais); (2) gestão de pessoas (composição das equipes, regime de trabalho, carga horária, educação continuada, saúde do trabalhador); (3) gestão de recursos materiais e insumos (organização da frota, biossegurança, descarte de resíduos, aquisição e estoque de insumos); (4) gestão de informação e regulação (centrais telefônicas e de comunicação interna, protocolo de triagem, recomendações).

** (EM) quando forem legislações que contemplem as esferas estadual e municipal (E) para legislações estaduais da Bahia e (M) para legislações municipais de Salvador.

RESULTADOS

No âmbito federal dos dispositivos legais regulamentadores do Samu, foram selecionadas nove Portarias e um Decreto. A seleção das Portarias GM/MS nº 2.048/2002 e nº 1.863/2003 ocorreu por disporem o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência e por instituírem a PNAU. A implantação do Samu, das Centrais de Regulação, dos Núcleos de Educação, de previsões orçamentárias e compromissos tripartite foram estabelecidos na Portaria MS nº 1.864/2003.

Em 2004, o Decreto nº 5.055 formalizou o número 192 para todo o território nacional e instituiu o Samu nos municípios. A RUE foi instituída pela Portaria nº 1.600/2011. A execução do Samu foi revista na Portaria nº 1.010/2012, sendo as diretrizes do Samu, da Central de Regulação

das Urgências (CRU) e da RUE redefinidas pela Portaria nº 1.473/2013. A atenção domiciliar à participação de cada componente da RUE e a normatização do financiamento estão descritas respectivamente na Portaria nº 825/2016, na Portaria de Consolidação nº 3/2017 e na Portaria de Consolidação nº 6/2017. Os dez dispositivos legais apresentaram uma ordenação para a instauração do Samu, com a definição das competências de cada esfera governamental. Portanto, foram aplicados como balizas normativas de tomada de decisão para o Samu de Salvador (**Quadro 1**).

Nos âmbitos estadual e municipal foram identificados 17 dispositivos legais que regularam a execução do Samu em Salvador. Destes, oito (57,1%) são Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, quatro estaduais (23,5%) e cinco municipais (29,4%). As Resoluções CIB nº 097/2003, nº 041/2004 e nº 097/2004 elencaram componentes organizacionais para a realização do Samu, não só de Salvador, mas com previsão normativa aos demais municípios do estado. A instituição do Samu de Salvador foi regulamentada pela Lei Municipal nº 6.729, de 9 de maio de 2005. Com relação à Gestão Organizacional, Gestão de Pessoas, Gestão de Recursos Materiais e Insumos e a Gestão de Informação e Regulação foram contempladas com o Decreto Municipal nº 15.676/2005 e o Decreto Municipal nº 16.300/2006. A esfera estadual regulamentou os repasses financeiros fundo a fundo com o Decreto nº 10.338/2007, a Portaria nº 2.290/2008 e a Lei nº 11.482/2009.

O Setor Específico de Triagem com Classificação de Risco, no âmbito de Salvador, foi estabelecido com a Lei nº 7.659/2009. A integração com a rede hospitalar e diretrizes das CRU e Samu foram previstas com a Portaria Estadual nº 1.080/2011. De 2010 a 2019, na esfera municipal foi mapeada apenas a Lei nº 8.361/2012, com as diretrizes orçamentárias para 2013 (**Quadro 2**).

A disposição temporal estudada apontou protagonismo federal nas principais normas instituídas no período de 2002 a 2004. A gestão municipal de Salvador foi atuante em 2005, quando foram identificadas as normas estruturantes do Samu, e em 2009, com a Triagem para Classificação de Risco, mostrando a abertura para efetuação da política e elementos para avanço. Entre 2007 e 2019, foram estabelecidas as bases legais estaduais para a realização do Samu em diferentes cidades baianas, entre elas Salvador, com proposições previstas por dispositivos federais entre 2011 e 2013, além das regulamentadas na etapa de abertura¹¹(**Quadro 2**) (**Figura 1**).

Quanto à análise dos agentes sociais, dos 17 mapeados, 14 (82,3%) eram homens e três (17,7%) mulheres. Destaca-se que apenas uma mulher respondeu pelo MS, mesmo assim interinamente, e embora assine a Portaria nº 1.010/2012, seu nome não é citado na galeria de Ministros da Saúde (**Quadro 3**). Na análise da formação acadêmica, todos tinham ensino superior. Ter formação nas áreas de saúde foi um fator importante para a atuação no campo burocrático estudado, com 13 (76,4%) agentes sociais (**Quadro 3**).

Para a análise da Gestão Organizacional, Gestão de Pessoas, Gestão de Recursos Materiais e Insumos e Gestão de Informação e Regulação, os dispositivos legais federais foram considerados como parâmetros para comparação com a implementação do Samu de Salvador, em destaque as Portarias nº 2.048/2002 e nº 1.864/2003. Após a leitura dos dispositivos legais, foram selecionados cinco por contemplarem os componentes organizacionais previstos para a capital baiana. A Lei Municipal nº 6.729/2005 instituiu o Projeto Samu 192, contudo não explicita a estrutura de organização nem a de recursos e regulação. A ênfase foi na Gestão de Pessoas através do quadro de Cargos Comissionados com uma Coordenação Central e sete Subcoordenações (Operações, Logística, Planejamento, Administração, Enfermagem, Médica e de Equipes Especiais) e duas Funções de Confiança (Supervisor de Frota e Supervisor de Informática).

Os componentes estruturais da RUE, como serviços de referência e contrarreferência e fluxos assistenciais, foram previstos no Decreto nº 15.676/2005. No mesmo decreto institui-se o Núcleo de Educação em Urgências, definiu-se as competências dos Cargos Comissionados e Funções de Confiança (Gestão de Pessoas) e estabeleceu-se o Centro de Regulação e Informação. Apesar de não haver definição de frota, recursos materiais ou insumos, o Decreto Municipal nº 16.300/2006 estabeleceu as dotações financeiras por ente federado e a contratação de efetivos para a composição do quadro funcional do Samu. Estão presentes na amostra mais dois dispositivos estaduais: o Decreto nº 11/2008 e a Portaria nº 2.290/2008. O primeiro aprovou o repasse financeiro de R\$ 9.250.000,00, para ampliação do Samu no estado da Bahia (Gestão Organizacional), e criou o planejamento dos princípios do Núcleo de Educação e Pesquisa do Samu (Gestão de Pessoas). O segundo, além de dotação orçamentária para a construção da Central de Regulação em Salvador (Gestão de Regulação e Informação), previu aquisição de cinco ambulâncias de SAV e 25 ambulâncias de SBV (Gestão de Recursos Materiais e Insumos) (**Quadro 4**).

DISCUSSÃO

A instalação de uma política pública corresponde a um processo contínuo, que, segundo Mário Testa, pode ser fracionado didaticamente em etapas: abertura, avanço e consolidação. Na abertura, as áreas técnicas do campo burocrático realizam o diagnóstico da rede, identificando a realidade dos serviços de saúde, os órgãos e os setores com potencial de atuarem no problema social. Para o avanço, são conduzidos diálogos e síntese das intervenções necessárias para a (re)estruturação do serviço estudado. Portanto, o poder dos agentes sociais é uma categoria analítica relevante a ser identificada e analisada. A consolidação é a fase em que

se avalia as ações e intervenções tomadas nas fases anteriores, permitindo a readequação das decisões tomadas ao longo do tempo, com vistas a garantir a manutenção das intervenções^{3,21,22}.

Salvador foi o primeiro município nordestino a receber uma base do Samu, cujo projeto de realização foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde em 2003 e aprovado pela Lei Municipal nº 6.729/2005. A decisão de ser uma das Cidades Polo do Nordeste partiu do Ministério da Saúde. O risco alto de acidentes viários e marítimos, a topografia íngreme ocupada em sua maioria por população com baixo poder socioeconômico e sem acesso a planejamento urbanístico, a expressiva desigualdade social e o baixo acesso a serviços de saúde, o crescimento das DCNT, as altas taxas de violência urbana e a preexistência de serviços hospitalares e especializados, que poderiam pertencer à RUE, foram alguns dos fatores definidos no diagnóstico situacional para a decisão. Tal decisão mostra determinado planejamento estratégico em saúde com suporte de cenário epidemiológico e de necessidades de saúde da população, embora a análise situacional não esteja restrita apenas ao momento de abertura. O avanço e a consolidação também necessitam de diagnóstico situacional tanto da saúde como dos componentes organizacionais. Com base nas normas federais, uma equipe da Secretaria Municipal de Salvador elaborou o Projeto de Implementação do Samu em 2003, com apreciação posterior no Conselho Municipal de Saúde de Salvador, na Comissão Intergestores Bipartite e no Ministério da Saúde. No período, Salvador estava na gestão plena do SUS. Na prática, isso dava à gestão municipal a responsabilidade de assegurar a articulação de todos os componentes organizacionais e assistenciais previstos em lei, o que pode ser considerado um desafio gerencial^{10,22,23}.

Na organização da Rede de Urgência e Emergência, os serviços de atendimento pré-hospitalares foram os primeiros implementados¹¹. A escolha foi motivada por diálogos entre especialistas, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e Ministério da Saúde, com o propósito de contabilizar as experiências regionais e características dos serviços preexistentes, condições já vislumbradas no Plano de Salvador⁸. Essas abordagens características de abertura e avanço da política evidenciaram a distribuição do poder (técnico, administrativo e político) destacada por Mário Testa. O poder político e o poder técnico se mostraram fundamentais para alocação dos agentes sociais no campo do poder, marcando confluência com a análise apoiada na teoria bourdieusiana adotada nesta pesquisa. Como princípios realizados pela PNAU, a descentralização e a regionalização foram consideradas através da participação equalitária entre união, estado e municípios na implantação do Samu. Essa etapa foi viabilizada pela participação do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems/BA), e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), responsáveis pela criação dos planos estaduais de atenção às urgências, repasses financeiros e organização logística do Samu nos estados e

municípios. Nos dispositivos não foram encontrados elementos com previsão de como seria estabelecida a municipalização do Samu de Salvador¹⁸.

A despeito da compreensão da construção consensual nos processos decisórios das políticas públicas de saúde, a regulamentação prescinde da ratificação dos agentes sociais que ocupam o campo do poder. Na análise dos dispositivos legais selecionados, foram mapeados os agentes sociais responsáveis pela validação das normas. Além disso, elencar características dos agentes sociais dominantes possibilitou identificar o quão o capital político e o capital científico revelaram suas posições e disposições.

Foram destacados 17 agentes sociais, presentes no campo burocrático nacional, estadual e municipal, no período de 2002 a 2019. Desses, nove (53%) ocupavam cargos federais, quatro (23,5%) cargos estaduais e quatro (23,5%) cargos municipais. Apesar de sugerir o protagonismo da União, é importante destacar que, no período analisado, o Ministério da Saúde teve bastante rotatividade, com oito (47%) ministros, dos quais um foi interino. O nono agente social mapeado no campo burocrático nacional foi o Ministro das Comunicações, responsável pela definição da central telefônica Samu 192 em todo o território brasileiro (**Quadro 3**).

As relações de poder são centrais nas dinâmicas sociais, influenciando o processo de planejamento em saúde. Nesse sentido, uma política pública expressa a capacidade de uma pessoa ou um grupo alcançar a legitimação de suas posições³. O controle de discursos, ações e gestos pode ser validado, no campo burocrático, com a normatização das categorias de pensamento de um grupo sobre os demais. A baixa representatividade de alguns grupos populacionais revela o campo do poder como espaço de reprodução social do patriarcado, eurocentrismo e classismo²⁴. Nesta análise, o campo médico foi dominante nas posições do alto escalão do campo burocrático, uma vez que, dos 13 agentes, 12 (92,3%) eram graduados em medicina. Na análise da filiação partidária foi constatado que todos os Ministros da Saúde efetivos (07) estavam ligados a alguma legenda partidária, sendo um do Progressistas (PP), dois do Partido dos Trabalhadores (PT) e quatro do Movimento Democrático Brasileiro (MDB). O Executivo brasileiro foi governado pelo PT entre 2003 e 2016. Importante destacar que apenas na primeira gestão dos dois Presidentes eleitos o partido ficou com a pasta ministerial, sendo os demais ministros da base partidária do MDB. A ocupação do cargo aponta a realização de acordos políticos do Presidencialismo de Coalização, adotado pelos partidos, evidência empírica que reforça essa característica do jogo social presente no campo político do Estado brasileiro^{2,18}.

Estudos consideram que propósitos e métodos no MS não foram isentos de conflitos, ainda que sugiram uma aparente continuidade nas gestões. O comprometimento limitado dos repasses financeiros federais e as desigualdades regionais e estruturais dos serviços

de saúde contaram com normas legais para superação dessas desigualdades, implicando maior grau de aplicação do Samu em grandes centros, em comparação às cidades com menor contrapartida orçamentária. Outro ponto a ser evidenciado é que o federalismo brasileiro estimula a disputa política pelos recursos da União, permitindo que alianças partidárias e influências regionais contribuam para disparidades orçamentárias e graus de execução distintos do Samu^{11,25}. Essas considerações sugerem a não concretude do postulado de coerência, diante das particularidades na organização dos serviços em todo o país, o que também pode ser encontrado na estruturação do Samu de Salvador^{3,5,11,18} (**Quadro 3**).

Uma análise proximal da conjuntura política baiana, no mesmo período, mostra que até 2004, o estado e a capital não foram governados por legenda partidária de base do governo federal. Na governadoria, o alinhamento com o Executivo federal ocorreu entre 2007 e 2016, e na prefeitura de Salvador, entre 2005 e 2012. Ainda que sejam identificadas Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite com referências à instituição do Samu de Salvador, de 2003 a 2004, apenas a partir de 2005 ocorreu a instituição legal do componente pré-hospitalar na capital baiana. Por conta da responsabilização tripartite, o estudo do caso de Salvador, consistiu em mapear os agentes sociais presentes na gestão estadual e municipal. Foram identificados oito gestores, compondo 47% da amostra total. Desses oito, foram analisados dois (25%) Secretários Estaduais de Saúde, três Secretários Municipais de Saúde (37,5%), um Prefeito (12,5%), um Presidente do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (Cosems) (12,5%), com ocupação simultânea na vice-presidência da CIB/BA e um Vice-presidente do Cosems/BA (12,5%). Todos os Secretários de Saúde, seja da Bahia ou de Salvador, eram médicos, assim como o Vice-presidente do Cosems/BA. De forma similar ao cenário federal, a centralidade da medicina foi mantida como formação acadêmica dominante entre os gestores, bem como a dominação masculina, com seis (75%) homens e duas (25%) mulheres. Não foram encontrados registros de filiação partidária dos três Secretários Municipais de Saúde; dos dois Secretários Estaduais, um é filiado ao PT e o vice-presidente do Cosems/BA era filiado ao Partido Socialista do Brasil (**Quadro 3**).

A Coordenadoria Geral do Samu 192 tem por finalidade estabelecer, coordenar e avaliar diretrizes e estratégias necessárias para o funcionamento do serviço. Já a Subcoordenadoria de Planejamento tem a incumbência de desenvolver, de forma articulada com as demais Subcoordenadorias, os planos de ações necessários para o Samu. As Subcoordenadorias de Operações e Administração são responsáveis por avaliar e coordenar a execução do Samu, com organização dos profissionais médicos e de enfermagem e cumprimento dos aspectos éticos. Todo esse conjunto de subcoordenadorias ainda conta com o apoio da Subcoordenadoria de Logística, responsável pelo apoio de reposição e distribuição de materiais entre as unidades e as

Centrais de Regulação^{9,12}. Embora se tenha identificado dispositivos legais que contemplem os cargos, não foi possível avaliar a eficiência gestora dos ocupantes nem o grau de continuidade das estratégias de avanço e consolidação.

A escassez de avaliação e monitoramento não permite estabelecer se o Samu de Salvador atendeu às necessidades de saúde da população, haja vista o crescimento demográfico desordenado, a ocupação urbana irregular e em áreas de risco, a escalada da violência urbana e de acidentes de trânsito⁹. Quanto aos componentes organizacionais, o relatório técnico federal de 2016 identificou que Salvador tinha oito USA, 33 USB, 24 motos e uma unidade móvel do tipo embarcação para uma população estimada em 3.481.053 habitantes (Gestão de Recursos e Insumos), revelando uma oferta inferior ao desejado pela PNAU²¹.

O financiamento é um dos elementos garantidores na efetivação das políticas, mesmo que estudos deixem evidente o subfinanciamento crônico do SUS^{10,11}. No caso do Samu, são adotados critérios, como aporte populacional, e indicadores epidemiológicos de morbimortalidade. Os achados indicam que o Samu de Salvador tem expressiva dependência dos repasses federais e, em menor grau dos repasses estaduais, ainda que estabeleça a contrapartida municipal. Com relação à participação dos entes federados, relatório técnico de 2016 evidenciou repasse federal com adequada aplicação, o estado da Bahia concedeu valores aquém do preconizado pelos atos institucionais, e as informações municipais são insuficientes para definir como ocorreu a gestão financeira²¹.

Esta análise fica mais evidente com levantamentos no Fundo Nacional de Saúde²⁶. Para Salvador, houve repasses que contemplavam o Samu. Do Fundo Estadual de Saúde do Estado da Bahia foram encontrados: R\$ 1.326.500,00 (2007), R\$ 25.386,64 (2015), R\$ 35.176,00 (2019). Não foram identificados repasses para o Samu de 2002 a 2006, de 2008 a 2011 e em 2018. Entre 2012 e 2014, e entre 2016 e 2017, outros componentes da RUE foram contemplados, notadamente os de alta complexidade, mas não houve referência ao Samu. Embora considerados fundamentais como atenção pré-hospitalar da Rede, os aportes financeiros encontrados sugerem manutenção da lógica hospitalar no cuidado à saúde, com o maior repasse na etapa de abertura do serviço. Não foram encontrados repasses ao Fundo Municipal de Salvador de 2002 a 2004. A partir de 2005, identificou-se os seguintes valores: R\$ 2.420.000,00 (2005); R\$ 5.448.000,00 (2006); R\$ 6.232.000,00 (2007); R\$ 5.296.500,00 (2008); R\$ 8.370.000,00 (2009); R\$ 8.624.000,00 (2010); R\$ 11.592.000,00 (2011); R\$ 12.376.000,00 (2012); R\$ 8.514.140,00 (2013); R\$ 18.834.348,00 (2014); R\$ 18.834.348,00 (2015); R\$ 18.014.156,00 (2016); R\$ 18.504.149,00 (2017); R\$ 19.337.335,00 (2018) e R\$ 16.098.576,00 (2019). Os valores não passaram por correção da inflação, mas observa-se uma curva crescente de recursos, com decréscimo em 2019.

Publicações sobre a Gestão de Pessoas não foram encontradas, a exemplo da educação continuada das equipes, da área da saúde dos trabalhadores e da operacionalização dos processos de trabalho. A análise da Gestão de Recursos Materiais e Insumos, como aquisição e conservação, biossegurança e descarte de resíduos, não é disponibilizada de forma rotineira. Um estudo feito com dados secundários do Samu de Salvador descreveu alguns achados relevantes quanto ao atendimento, como a maior frequência de ocorrências em homens economicamente ativos, quanto ao turno houve maior prevalência do matutino. O acometimento por desordens neurológicas foram os mais aferidos, sendo a USB uma das mais acionadas²¹.

O tempo de chegada no local após a solicitação foi considerado muito grande, com média de 19 minutos, contrapondo-se ao tempo máximo desejado de 12 minutos, disposto nos atos institucionais federais. O componente Gestão de Pessoas apresenta lacunas de informações, necessitando de novos estudos, todavia os poucos achados apontam comprometimento na organização do trabalho da equipe e problemas operacionais na Gestão de Regulação e Informação, com socorro prestado em tempo superior ao preconizado^{21,27}.

O federalismo no Brasil e a forma como o SUS está organizado estabelecem competências aos três níveis de gestão. Nos níveis estaduais, as Secretarias Estaduais de Saúde são responsáveis pela estruturação, distribuição dos recursos e fiscalização dos serviços prestados. As Secretarias Municipais de Saúde são encarregadas pela contratação dos profissionais, capacitação das equipes e organização dos atendimentos. O recorte metodológico assumido para esta pesquisa sugere que essas competências foram replicadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, entretanto outras análises são necessárias para melhor elucidação^{7,10,17,18}.

Por contemplar uma ação intersetorial, contratos e pactuações também necessitam de análises capazes de identificar a operacionalização dos serviços com o Samu, a exemplo dos serviços de referência. O Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº 61 verificou que não havia contrato de manutenção preventiva e corretiva para a frota, destacando importante entrave na oferta contínua do Samu de Salvador, dificultando a consolidação. Foi relatada a ausência de padronização visual do serviço como outra deficiência da gestão da Secretaria Municipal de Saúde (Gestão Organizacional)²¹. Outra lacuna é a organização territorial das Centrais de Regulação para estabelecer rotas urbanas que facilitem o deslocamento das unidades de suporte de vida. Os achados indicam que o governo federal foi o principal responsável pelos atos institucionais, para abertura e avanço da Política Nacional de Atenção às Urgências e dos serviços de referência da Rede

de Urgências e Emergências, entre eles o Samu. A gestão estadual da Bahia regulamentou normas alinhadas com as normas federais, contudo não foram encontrados atos institucionais municipais que explicitem melhor as etapas de avanço e consolidação, mantendo ênfase na abertura do Serviço Móvel de Atenção às Urgências de Salvador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos dispositivos legais, identificados nos âmbitos do município de Salvador e do estado da Bahia, responsáveis pela adoção do Samu de Salvador, as normas estruturantes mantiveram as diretrizes definidas pelo Ministério da Saúde. As estratégias, os métodos e propósitos não avançaram além do protagonismo federal, com escassez de evidências da municipalização.

Durante o período analisado, o campo burocrático nacional, estadual e municipal foi dominado por homens, com formação em medicina e filiação a partidos ideologicamente definidos como de centro-esquerda.

A Gestão de Pessoas e a Gestão de Regulação e Informação sugere maior empenho da gestão municipal, contudo a Gestão Organizacional e a Gestão de Recursos e Insumos se revelaram dependentes dos atos institucionais estaduais e federais. Todas as componentes organizacionais apresentaram fragilidades estruturais, que podem ser melhor enfrentadas e compreendidas em outros estudos.

Na análise documental, a implementação do Samu de Salvador apresentou uma construção política fragmentada, com cumprimento tardio do planejamento o Plano Estadual de Atenção às Urgências e Emergências, além de dependência do cenário político nacional e dos repasses financeiros federais.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Carla Maria Lima Santos, Roney Oliveira da Silva.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Carla Maria Lima Santos, Roney Oliveira da Silva, Ana Maria Freire de Souza Lima e Sisse Figueredo de Santana.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Carla Maria Lima Santos, Roney Oliveira da Silva, Ana Maria Freire de Souza Lima e Sisse Figueredo de Santana.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Carla Maria Lima Santos, Roney Oliveira da Silva.

REFERÊNCIAS

1. Pinell P. Análise sociológica das políticas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2011.
2. Bourdieu P. Sobre o Estado. São Paulo (SP): Companhia das Letras; 2014.
3. Testa M. Estrategia, coherencia y poder en las propuestas de salud. Cuad Med Soc. 1986;38:1-13.
4. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. Rev Bras Epidemiol. 2019;22:1-13.
5. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev Saúde Pública. 2011;45(3):519-28.
6. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(3):507-19.
7. Dubeux LC, Freese E, Reis YAC. Avaliação dos serviços de urgência e emergência da rede hospitalar de referência no Nordeste brasileiro. Cad Saúde Pública. 2010;26(8):1508-18.
8. França SPS, Martino MMF. Atendimento pré-hospitalar como estratégia de promoção de saúde pública: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE On Line. 2013;7(4):1225-33.
9. Ramos VO, Sanna MC. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. Rev Bras Enferm. 2005;58(3):355-60.
10. Vieira CMS, Mussi FC. A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(4):793-7.
11. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. Cad Saúde Pública. 2017;33(7):1-14.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e Emergências. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2002 nov 12. Seção 1, p. 50-88.
13. Brasil. 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); 2003 out 6. Seção 1, p. 56.
14. Brasil. 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. Brasília (DF); 2003.

15. Brasil. 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 da União, Brasília (DF); 2004 abr 28. p. 1.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.026, de 24 de Agosto de 2011. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília (DF); 2011.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.473, de 18 julho de 2013. Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que 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. Brasília (DF); 2013.
18. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Pinto LF, Silva CMFP. Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. Ciênc Saúde Colet. 2018;23(6):1777-89.
19. Ortega AMB. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
20. Silvestre AL. Avaliação da estrutura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) de um município da região metropolitana de Curitiba [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2016.
21. Brasil. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controle. Secretaria Federal de Controle Interno. Relatório de Avaliação da Execução de Programa de Governo nº 61. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Samu 192. Brasília (DF); 2016.
22. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Projeto de Reorganização do Atendimento de Urgência e Emergência para o Estado da Bahia. Salvador (BA); 2003.
23. Salvador. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de atendimento móvel de urgências – Samu – 192 [Internet]. 2005 [citado em 2022 fev 11]. Disponível em: http://www.gestaopublica.salvador.ba.gov.br/cadastro_organizacional/documentos/sms_samu.pdf
24. Capelle MCA, Melo MCOL, Brito MJM, Brito MJ. Uma análise da dinâmica do poder e das relações de gênero no espaço organizacional. RAE Electrôn. 2004;3(2):1-17.

25. Ouverney AM, Noronha JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2013. p. 143-82.
26. Brasil. Fundo Nacional de Saúde. Consulta [Internet]. 2021 [citado em 2021 fev 18]. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>.
27. Hora RS, Paiva EF, Sampaio ES, Oliveira JA, Souza VRS, Brandão PC. Caracterização do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) às emergências clínicas. REME Rev Min Enferm. 2019;23:1-9.

Recebido: 30.5.2019. Aprovado: 26.2.2021.