

Produção de procedimentos pelo SAMU 192 no Brasil: performance, *benchmarking* e desafios

Implementation of procedures by the Mobile Emergency Care Service (SAMU 192) in Brazil: performance, benchmarking, and challenges

Marisa Aparecida Amaro Malvestio (<https://orcid.org/0000-0003-0633-9278>)¹

Regina Márcia Cardoso de Sousa (<https://orcid.org/0000-0002-2575-7937>)²

Abstract *The scope of this article is to describe and analyze the production of approved procedures carried out by regulation centers and mobile resources of SAMU 192 between 2015 and 2019, according to frequency, population-based indicators, and daily productivity, to establish a performance indicator. It consisted of an observational and descriptive census study, with production data drawn from the Outpatient Information System, and population data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics and information from the Ministry of Health. The 116.8 million procedures analyzed resulted from a 28.5% increase in the period, while the population covered and mobile resources grew by 9.7% and 14.4%, respectively. Every 1,000 inhabitants covered generated 109.8 calls, resulting in 24.0 mobile resource dispatches per year. Basic support units performed 3.3 consultations, and 0.5 transfers daily, while advanced support performed 2.7 consultations and 0.9 transfers. The production of procedures exceeded the increase in the population covered, with variations between states, high incidence in populated areas, a strong presence of basic support and an increase in transfers, although national productivity was seen to be lower than international productivity.*

Key words *Emergency Medical Services, Health Information Systems, Benchmarking, Health Policy, Ambulances*

Resumo *O objetivo deste artigo é descrever e analisar a produção de procedimentos realizados pelas centrais de regulação e recursos móveis do SAMU 192 entre 2015 e 2019, segundo frequência, indicadores de base populacional e produtividade diária, estabelecendo um indicador de performance. Estudo censitário, observacional e descritivo, realizado com dados de produção, extraídos do Sistema de Informações Ambulatoriais, complementados com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e do Ministério da Saúde. Os 116,8 milhões de procedimentos analisados decorrem de 28,5% de aumento no período enquanto a população coberta e os recursos móveis cresceram 9,7% e 14,4% respectivamente. Cada mil habitantes cobertos geraram 109,8 chamadas, resultando em 24,0 envios de recursos móveis anuais. Diariamente, unidades de suporte básico realizaram 3,3 atendimentos e 0,5 transporte, enquanto o suporte avançado realizou 2,7 atendimentos e 0,9 transporte. A produção de procedimentos excedeu o crescimento de população coberta, com variações entre estados, alta produção em áreas populosas, forte presença do suporte básico e elevação dos transportes, todavia a produtividade nacional mostrou-se inferior a internacional.*

Palavras-chave *Serviços Médicos de Emergência, Sistemas de Informação em Saúde, Benchmarking, Política de Saúde, Ambulâncias*

¹ Programa de Pós-Doutorado da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP). Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419, Cerqueira César.

05403-000 São Paulo SP Brasil. mmalvestio@usp.br

² Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem, USP. São Paulo SP Brasil.

Introdução

O atendimento pré-hospitalar (APH) evoluiu e se tornou um componente essencial dos sistemas de saúde ao garantir resposta coordenada às situações de urgência e emergência fora do ambiente hospitalar, com acesso 24 horas a cuidados em saúde, incluindo nos desastres, além de transporte para unidades da rede de saúde¹⁻⁴. Um sistema de APH consistente pode auxiliar na redução da morbimortalidade por diferentes agravos, principalmente aqueles tempo-dependentes, maximizando os resultados de todo o sistema de saúde^{1,5,6}.

No Brasil, com a implementação da Política Nacional de Atenção às Urgências em 2003⁷⁻⁹, foi estabelecido um modelo de APH móvel na seguinte estrutura básica: dígito telefônico nacional para acesso (192), central de regulação das urgências (CRU), modalidades assistenciais em dupla camada representadas pelo suporte básico de vida (SBV) e o suporte avançado de vida (SAV), e recursos móveis (RM) com equipamentos padronizados, dispostos em bases descentralizadas posicionadas em pontos estratégicos nos territórios cobertos. Para cada modalidade foram definidos a composição de profissionais e parâmetros de treinamento, dentre outros aspectos⁷⁻⁹.

No ambiente público, sob esta estrutura, foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência⁷⁻⁹ (SAMU 192), com duas atividades assistenciais: 1. Atendimento às urgências e emergências pré-hospitalares, cujo objetivo é chegar precocemente à vítima, realizando o atendimento necessário e o transporte às unidades de saúde, para continuidade da assistência, e 2. Transporte entre unidades de saúde para pacientes em situação de urgência que necessitam de assistência de maior complexidade.

Como elemento central do SAMU 192, cabe à CRU garantir escuta e acolhimento da demanda, recepcionando as solicitações de atendimento que chegam pelo dígito 192, para em seguida, estimar o grau de prioridade e desencadear a resposta adequada, seja uma orientação ou o envio de RM. À CRU cabe ainda, monitorar e apoiar a equipe de atendimento na abordagem do paciente, definindo o encaminhamento à unidade de saúde⁷⁻⁹.

A modalidade SBV é ofertada em RM terrestres e aquaviários, onde atuam um condutor e um técnico ou auxiliar de enfermagem. Para o SAV há recursos terrestres, aquaviários e aeromédicos, que são tripulados por médico, enfermeiro e condutor (ou piloto). Nessa estrutura,

para casos graves, é desencadeada resposta dupla com recursos de SAV em apoio ao SBV, conforme decisão da CRU⁷⁻⁹.

O fomento federal para adesão dos municípios ao modelo SAMU 192 estimulou a implementação do serviço, ao distribuir veículos terrestres equipados, além de incentivos e custeio para sua efetivação⁹⁻¹¹. Em 2019, o modelo estava presente em 3.750 municípios (67,3%), alcançando 85,0% de cobertura populacional, com mais 178 milhões de brasileiros cobertos¹¹.

Apesar de ser um serviço capilarizado e consolidado como política pública, não foram encontrados estudos sobre a performance de produção do SAMU 192 e/ou comparações com serviços de outros países. A análise do desempenho é relevante para o desenvolvimento dessa política, por apontar desafios e possíveis tendências que podem motivar melhorias e avanços no planejamento do modelo, proporcionando efetivo exercício do direito à saúde nas situações de urgência. Emergem assim, as seguintes questões de pesquisa: Quantas chamadas são recebidas nas CRU no país? Quantas chamadas são abordadas com envio de RM e orientações? Quantos atendimentos são realizados por cada RM? Na avaliação do desempenho, qual é o *benchmarking* de produção de procedimentos? A produtividade dos RM é similar nas diferentes macrorregiões e estados do país? E em relação a outros países? Quais melhorias podem ser implementadas na otimização da produção?

O objetivo do presente estudo é descrever e analisar a produção de procedimentos realizados pelas CRU e pelos diferentes RM do SAMU 192 no período de 2015 a 2019, segundo indicadores de base populacional e produtividade diária, estabelecendo um indicador básico de performance do sistema (*benchmarking*).

Método

Trata-se de um estudo censitário, retrospectivo, observacional e descritivo, sobre a produção de procedimentos do SAMU 192, entre 2015 e 2019, cujas características isentam-no de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa¹². As informações sobre CRU e RM, dispostos em cada município/estado, foram cedidas pelo Ministério da Saúde do Brasil, após solicitação dos autores, sendo complementadas, com a estimativa de população por município/estado nos anos estudados, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística¹³.

Os dados públicos sobre produção aprovada de procedimentos do SAMU 192 foram coletados pelos autores em setembro de 2020 na ferramenta de tabulação on-line do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS)¹⁴, base de dados nacional sobre procedimentos não-hospitalares, gerido pelo Ministério da Saúde e alimentado pelas secretarias estaduais e municipais de saúde^{14,15}.

Os procedimentos analisados foram aqueles gerenciados pelo SIA/SUS¹⁴, cujos atributos, compatibilidades e relacionamentos estão detalhados na Tabela de Procedimentos do SUS¹⁶ que orienta o registro de ações realizadas pelo SAMU 192 em todo o país.

Os procedimentos analisados na CRU foram¹⁶:

- chamadas recebidas e atendidas;
- chamadas com orientação ao telefone;
- chamadas com envio de SBV: unidade de suporte básico terrestre (USB), motolância ou aquaviário;
- chamadas com envio de SAV: unidade de suporte avançado terrestre (USA), aquaviário ou aeromédico;
- chamadas com envio de envio de múltiplos meios (diferentes RM);
- sem procedimentos: chamadas recebidas, sem realização de procedimentos.

Os procedimentos realizados pelos RM, foram¹⁶:

- atendimento por USA, USB, motolância, aeromédico, embarcação de SBV e SAV;
- transporte interhospitalar por USB e USA.

Com o objetivo de quantificar a totalidade de procedimentos em cada área, foram calculados: o total de envios de RM pela CRU (soma dos envios de SBV e SAV) e o total de procedimentos da CRU (soma das orientações e do total de envios), além do total de procedimentos dos RM de SBV e SAV (soma dos atendimentos e dos transportes).

Para avaliação do desempenho no período de 2015 e 2019 em todo o país e, no cenário final em 2019, segundo macrorregiões e estados, os procedimentos da CRU e RM foram analisados quanto à frequência (Nº e %) e sob indicadores de base populacional (por mil hab. cobertos) e produtividade diária (produção/dia). Quando avaliados na CRU, os indicadores de produção com base populacional auxiliaram na reflexão sobre a variação da demanda nos estados e, quando avaliados em conjunto com os indicadores de produtividade diária dos RM, refletiram a capacidade resposta¹⁷.

Para estabelecer os benchmarkings nacionais de produção por “mil hab. cobertos” e “produ-

ção/dia” de atendimentos e transportes de USB e USA, foi calculada a média histórica desses indicadores em 5 anos, entre 2015 e 2019. Tais parâmetros nacionais serviram de balizadores na avaliação da performance de atendimentos e transportes das USB e USA por estados em 2019, permitindo a observação de tendências. Nessa avaliação, não foram realizados ajustes em relação à população e área coberta nos estados.

Os dados foram armazenados, sistematizados e processados no Programa Excel® e são apresentados em forma de tabelas e figuras.

Resultados

Produção do SAMU 192 (Nº e %): 2015 a 2019

Em 5 anos, municípios e estados informaram ao SIA/SUS 133,4 milhões de procedimentos do SAMU 192. Desse total, após o processo de validação e análise da consistência dos dados realizado pelo sistema, foram aprovados 116,8 milhões (87,5%), analisados no presente estudo. A Tabela 1 apresenta o quantitativo de população coberta, recursos disponíveis e produção aprovada do SAMU 192.

No período analisado, a população coberta pelo SAMU 192 aumentou 9,7% e as CRU e RM cresceram respectivamente 3,8% e 14,4%, enquanto o número de chamadas atendidas aumentou 26,5%, os envios de recursos cresceram 32,2% e o total de procedimentos de SBV e SAV aumentou 28,5%.

As CRU chegaram a atender mais de 20,2 milhões de chamadas telefônicas em 2017, que foram respondidas com cerca de 7,4 milhões de procedimentos, sendo 4,0 milhões com envios de RM. Os procedimentos mais realizados nas CRU foram a orientação ao telefone (14,7%) e o envio de recursos de SBV (14,3%) que cresceu 23,0% no período estudado. O envio de SAV cresceu 33,0%, embora RM com médico tenha sido a opção em apenas 2,6% das chamadas. O envio de múltiplos meios cresceu 138,8% e alcançou 580 mil atendimentos em 2019. Em média, 53,3% das chamadas atendidas nas CRU não receberam procedimentos.

Os RM realizaram mais de 22,6 milhões de procedimentos em 5 anos. Os procedimentos por unidades de SBV cresceram 28,1% no período e já respondem por mais de dois terços de todos os atendimentos anualmente, liderados pela atividade das USB.

Tabela 1. Produção aprovada pelo SAMU 192 (N e %) segundo quantitativo de população coberta, recursos disponíveis e procedimentos realizados nas centrais de regulação de urgências e pelos recursos móveis. Brasil, 2015-2019.

	2015		2016		2017		2018		2019		Evolução	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	%	Média
População	204.450.649	100	206.081.432	100	207.660.929	100	208.494.900	100	210.147.125	100	2,8	nsa
População coberta	162.714.615	79,6	167.492.738	81,2	172.465.930	83,0	174.796.137	83,8	178.610.686	85,0	9,7	nsa
CRU	184	100	186	100	188	100	189	100	191	100	3,8	nsa
Recursos Móveis												
USB	2418	75,8	2534	75,5	2627	75,3	2660	75,2	2742	75,2	13,4	nsa
USA	558	17,5	574	17,1	594	17,0	603	17,0	614	16,8	10,0	nsa
Motolância	195	6,1	226	6,7	245	7,0	250	7,1	262	7,2	34,4	nsa
Embarcação	10	0,3	11	0,3	11	0,3	11	0,3	12	0,3	20,0	nsa
Aeromédico	7	0,2	10	0,3	13	0,4	15	0,4	18	0,5	157,1	nsa
TT RM	3188	100	3355	100	3490	100	3539	100	3648	100	14,4	nsa
Procedimentos pela CRU												
Ch. Rec/Atendidas	15.087.478	100	19.809.198	100	20.249.344	100	19.912.755	100	19.081.098	100	26,5	nsa
Com orientação	2.829.173	15,5	3.422.884	14,5	3.448.122	15,0	3.050.083	13,8	3.039.870	14,5	7,4	14,7
Com envio de SBV	2.842.181	15,6	2.960.468	12,5	2.945.592	12,8	3.119.396	14,1	3.495.346	16,6	23,0	14,3
Com envio de SAV	490.462	2,7	532.120	2,3	521.212	2,3	560.188	2,5	652.496	3,1	33,0	2,6
Envio múltiplos	243.230	1,3	468.510	2,0	572.633	2,5	591.230	2,7	580.930	2,8	138,8	2,2
Sem procedimentos	8.682.432	47,7	12.425.216	52,7	12.761.785	55,4	12.591.858	56,9	11.312.456	53,9	30,3	53,3
TT proced. CRU	6.405.046	35,2	7.383.982	37,3	7.487.559	32,5	7.320.897	33,1	7.768.642	37,0	21,3	35,0
TT com envio	3.575.873	19,6	3.961.098	16,8	4.039.437	17,5	4.270.814	19,3	4.728.772	22,5	32,2	19,2
Procedimentos pelas unidades de SBV enviadas												
Atendimento USB	2.788.768	63,7	2.897.810	57,7	3.095.834	66,6	3.447.296	64,8	3.608.280	59,0	29,4	62,4
Atendimento Motos	100.909	2,3	116.036	2,3	109.126	2,3	130.004	2,4	135.563	2,2	34,3	2,3
SBV embarcação	5.477	0,1	6.305	0,1	5.848	0,1	8.431	0,2	11.484	0,2	109,7	0,1
Transporte USB	414.509	9,5	534.313	10,6	423.463	9,1	455.052	8,5	485.753	7,9	17,2	9,1
TT Proced. SBV	3.309.663	82,9	3.554.464	83,0	3.634.271	82,8	4.040.783	82,8	4.241.080	82,6	28,1	82,8
Procedimentos pelas unidades de SAV enviadas												
Atendimento USA	511.008	11,7	519.142	10,3	549.786	11,8	618.476	11,6	660.512	10,8	29	11,3
SAV embarcação	2.342	0,1	1.337	0,0	829	0,0	1.028	0,0	1.034	0,0	-55,8	0,0
SAV Aeromédico	1.113	0,0	1.610	0,0	2.558	0,1	3.933	0,1	4.729	0,1	324,9	0,1
Transporte USA	169.664	3,9	205.871	4,1	201.634	4,3	213.320	4,0	225.803	3,7	33,1	4,0
Total Proced. SAV	684.127	17,1	727.960	17,0	754.807	17,2	836.757	17,2	892.078	17,4	30,4	17,2
Total SBV + SAV	3.993.790	100	4.282.424	100	4.389.078	100	4.877.540	100	5.133.158	100	28,5	nsa

nsa: não se aplica.

Fonte: Autoras.

Os procedimentos realizados por unidades de SAV cresceram 30,4%, em especial pela elevação dos procedimentos realizados por USA (29,3%). Apesar da expansão das unidades aeromédicas (157,1%) e de sua produção de atendimentos (324,9%), o número de unidades é pequeno, representando baixa participação no total de procedimentos ($\leq 0,1\%$). No período, a atividade das embarcações foi baixa ($< 0,2\%$) e nessas unidades, a produção de SAV decresceu 55,8%, enquanto a de SBV ampliou sua produção em 109,7%.

Os procedimentos de transporte por USB e USA cresceram, respectivamente, 17,2% e 33,1%. Nessa perspectiva, em 2019, ocorreu um transporte em USB para cada 7,4 atendimentos de urgência e, para a USA, a relação foi de um transporte para cada 2,9 atendimentos.

Indicadores de produção do SAMU 192: Brasil (2015 a 2019) e macrorregiões (2019)

A Figura 1 apresenta indicadores anuais de produção sob base populacional. Esses indicadores demonstraram similar tendência de elevação da produção, exceto para as orientações pela CRU e procedimentos por embarcações de SAV. Nessa avaliação, as chamadas recebidas na CRU evoluíram de 92,7 para 106,8 por mil hab. cobertos no período, o que representa um crescimento de 15,2%, enquanto total de envios de RM cresceram 20,5% e os recursos de SBV e SAV reunidos expandiram sua produção em 17,1%, nos 5 anos analisados.

Em média, cada grupo de mil habitantes cobertos pelo SAMU 192, gerou 109,8 chamadas anuais na CRU, que resultaram em 42,5 procedimentos, sendo 18,5 orientações e 24,0 envios de RM, estratificados em 18,0 de SBV, 3,2 de SAV e 2,8 de múltiplos meios. Já os recursos de SBV e SAV realizaram 26,4 procedimentos/mil hab. cobertos, em média. Os recursos de SBV se destacam com 18,5 atendimentos e 2,7 transportes/mil hab. cobertos em média, enquanto as USA alcançaram 3,3 atendimentos e 1,2 de transporte.

A Figura 2 apresenta indicadores de produção diária. Acompanhando o crescimento da demanda, observa-se que, tanto a CRU quanto os RM apresentaram elevação na performance diária, com exceção do atendimento de motolâncias e de embarcações de SAV.

No período, cada CRU atendeu, em média, 274,8 chamadas/dia, com 46,1 orientações e 60,0 envios de RM, sendo 44,8 de SBV, 8,0 de SAV e 7,2 de múltiplos meios. Logo, diariamente, para cada envio de recurso de SAV, corresponderam 5,7 envios de recursos de SBV.

Em 2015, cada USB realizou 3,2 atendimentos/dia, chegando a 3,6 em 2019 (alta de 14,1%, média de 3,3). Os recursos de USA evoluíram de 2,5 atendimentos/dia por unidade, para 2,9 (alta de 17,5%, média de 2,7). Considerando a média histórica, o *benchmarking* nacional de produtividade diária de atendimentos de urgência, foi de 3,3 atendimentos/dia para as USB e 2,7 para as USA. Da mesma forma, o *benchmarking* nacional de produtividade diária de transportes, foi de 0,5 transporte/dia para as USB e 0,9 para as USA.

A aplicação dos indicadores segundo as diferentes macrorregiões do país em 2019, mostrou grande variação nos resultados, dando origem a *benchmarks* diferentes entre as regiões. As regiões Sul e Sudeste superaram as médias nacionais em todos os indicadores, enquanto, estados da região Norte apresentaram resultados de performance abaixo da média nacional em todos os indicadores, chegando a uma produtividade diária 50% menor nas CRU, na efetivação de orientações, envio de SAV e envio de múltiplos meios. As regiões Nordeste e Centro-Oeste obtiveram performance superior à média nacional, prioritariamente na avaliação de indicadores de base populacional, sem o mesmo desempenho na produtividade diária.

A produtividade diária de atendimentos de USB foi maior que a média nacional (3,3 at/dia), nas regiões Centro-Oeste (3,4), Sul (4,0) e Sudeste (5,0), enquanto no Nordeste e no Norte, a média foi 2,3 e 2,6 at/dia, respectivamente. No Nordeste, a produtividade de atendimentos de USA (2,0 at/dia) também foi menor que a média (2,7 at/dia). Em relação aos transportes por USA, as regiões Centro-Oeste (1,2 transporte/dia) e Sul (1,6 transporte/dia), apresentam médias superiores às nacionais.

Foram encontradas inadequações no registro de produção, como por exemplo, por embarcação de SAV não habilitada para SAMU 192 na região Centro-Oeste, ou mesmo, a improvável execução de 21,2 proc/dia da única embarcação habilitada da região Sudeste em 2019.

Indicadores da produção das USB e USA do SAMU 192: Estados, 2019

A Figura 3 apresenta a produção de atendimentos e transportes realizados por USB e USA, por mil hab. cobertos nos estados, em 2019. A performance de atendimentos por USB sob base populacional foi maior que a das USA em 100% dos estados. A média nacional de atendimentos por USB/mil hab. cobertos (18,5) foi ultrapassada por doze estados (44,4%). Os estados de

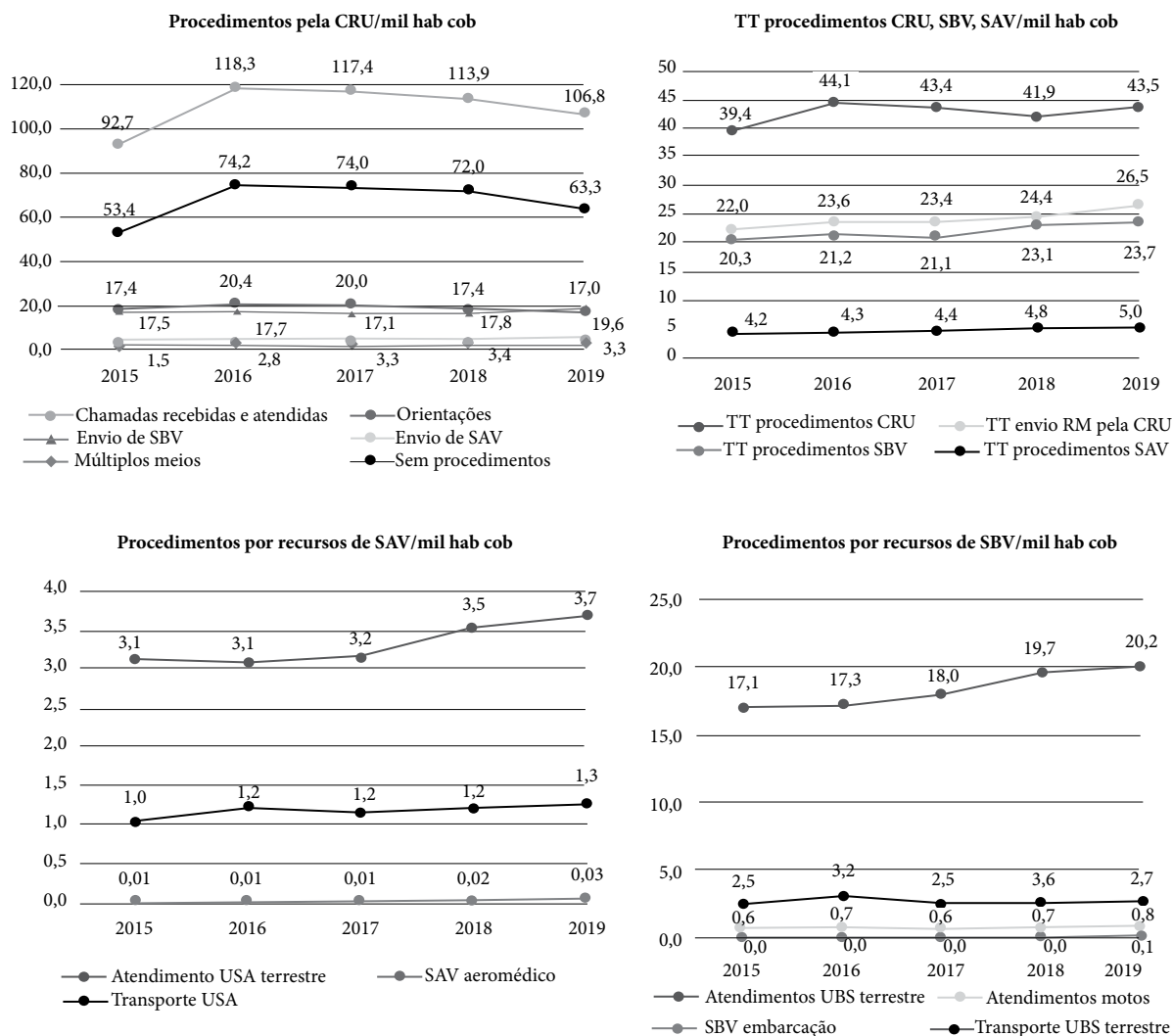


Figura 1. Indicadores de produção de procedimentos na CRU e pelas unidades de SBV e SAV, por mil habitantes cobertos pelo SAMU 192. Brasil, 2015-2019.

Fonte: Autoras.

Tocantins (região Norte), Maranhão e Paraíba (região Nordeste), Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo (região Sudeste), Mato Grosso do Sul e Mato Grosso (região Centro-Oeste) e Paraná (região Sul), apresentaram performances de atendimento superiores às médias, tanto para USB quanto para USA/mil hab. cobertos.

As médias nacionais de transporte por USB/mil hab. cobertos (2,7) e por USA/mil hab. cobertos (1,2) foram ultrapassadas em 12 diferentes estados (44,4%), sendo que, Amapá e Tocantins (Norte), Maranhão, Rio Grande do Norte e Pa-

raíba (Nordeste), Mato Grosso do Sul e Goiás (Centro-Oeste) e Paraná (Sul), apresentaram execução de transporte superior às médias para USB e USA.

A Figura 4 apresenta a produtividade diária de atendimentos e transportes realizados por USB e USA nos estados, em 2019. A performance de atendimentos das USB foi maior em 19 estados (70,3%), todavia, em 25 deles (92,6%), as USA executaram mais transportes.

Os *benchmarks* nacionais de produção diária de atendimentos para USB (3,3 at/dia) e USA

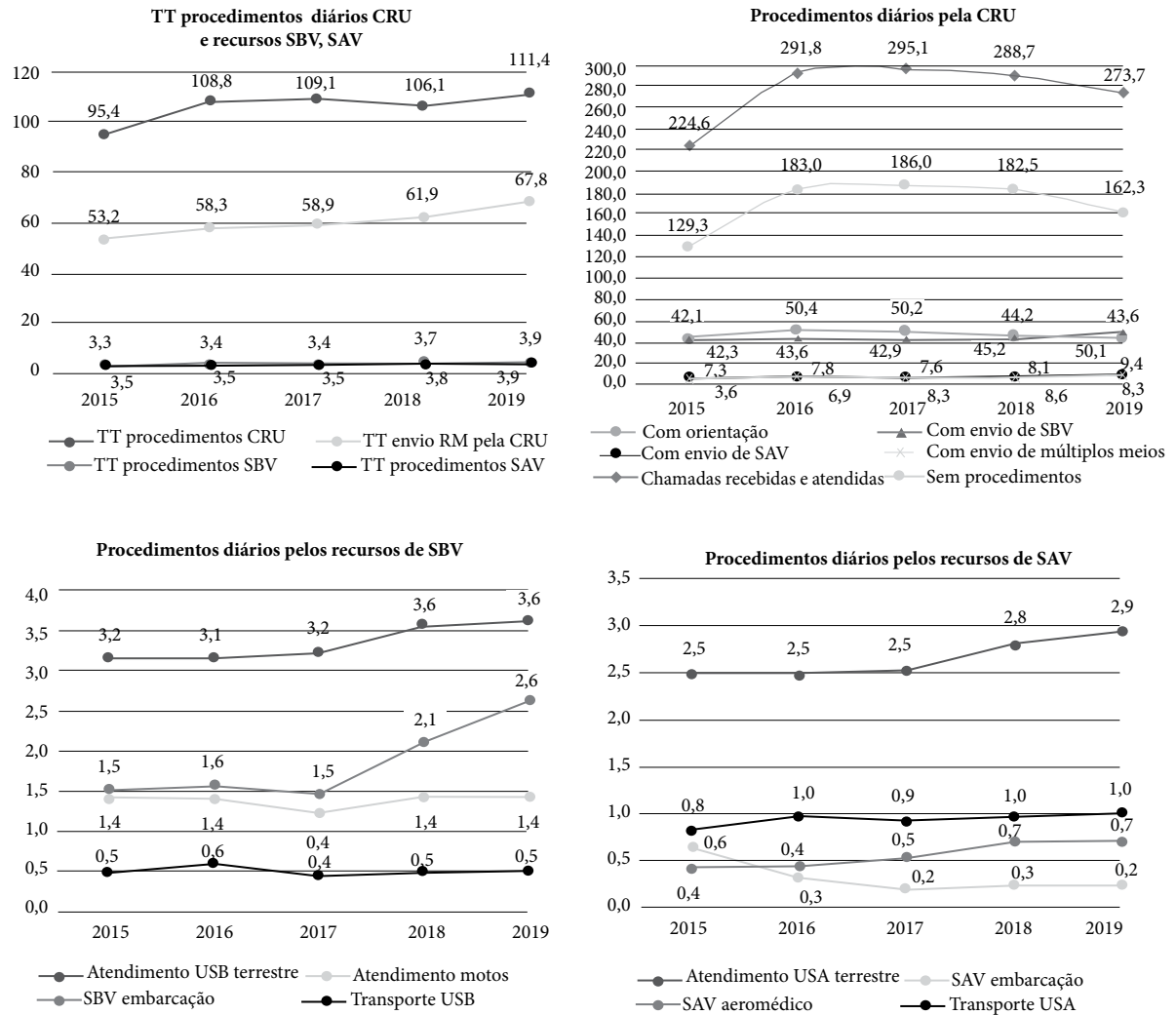


Figura 2. Indicadores de produtividade diária de procedimentos na CRU e pelas unidades de SBV e SAV. Brasil, 2015-2019.

Fonte: Autoras.

(2,7 at/dia) foram ultrapassados apenas nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo (Sudeste), Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Distrito Federal (Centro-Oeste), Tocantins (Norte), Rio Grande do Norte (Nordeste) e Paraná (Sul). Performances abaixo dos *benchmarks* foram demonstradas nos estados do Piauí, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia (Nordeste); no Amazonas e Pará (Norte), e em Goiás (Centro-Oeste).

O *benchmarking* diário de transportes por USB (0,5) foi ultrapassado em 10 estados (37,1%), enquanto, a média de transporte por USA (0,9) foi ultrapassada em 14 estados (51,8%). Oito es-

tados (29,6%) ultrapassaram o desempenho diário de transporte em ambas as modalidades: no Norte, Rondônia, Amapá e Acre; no Nordeste, Rio Grande do Norte; no Centro-Oeste, Mato Grosso do Sul e Goiás e no Sudeste, São Paulo e Paraná.

Discussão

Em cinco anos, houve uma elevação sustentada e expressiva na demanda e na produção de procedimentos pelo SAMU 192. As taxas observadas excederam os índices de crescimento de popula-

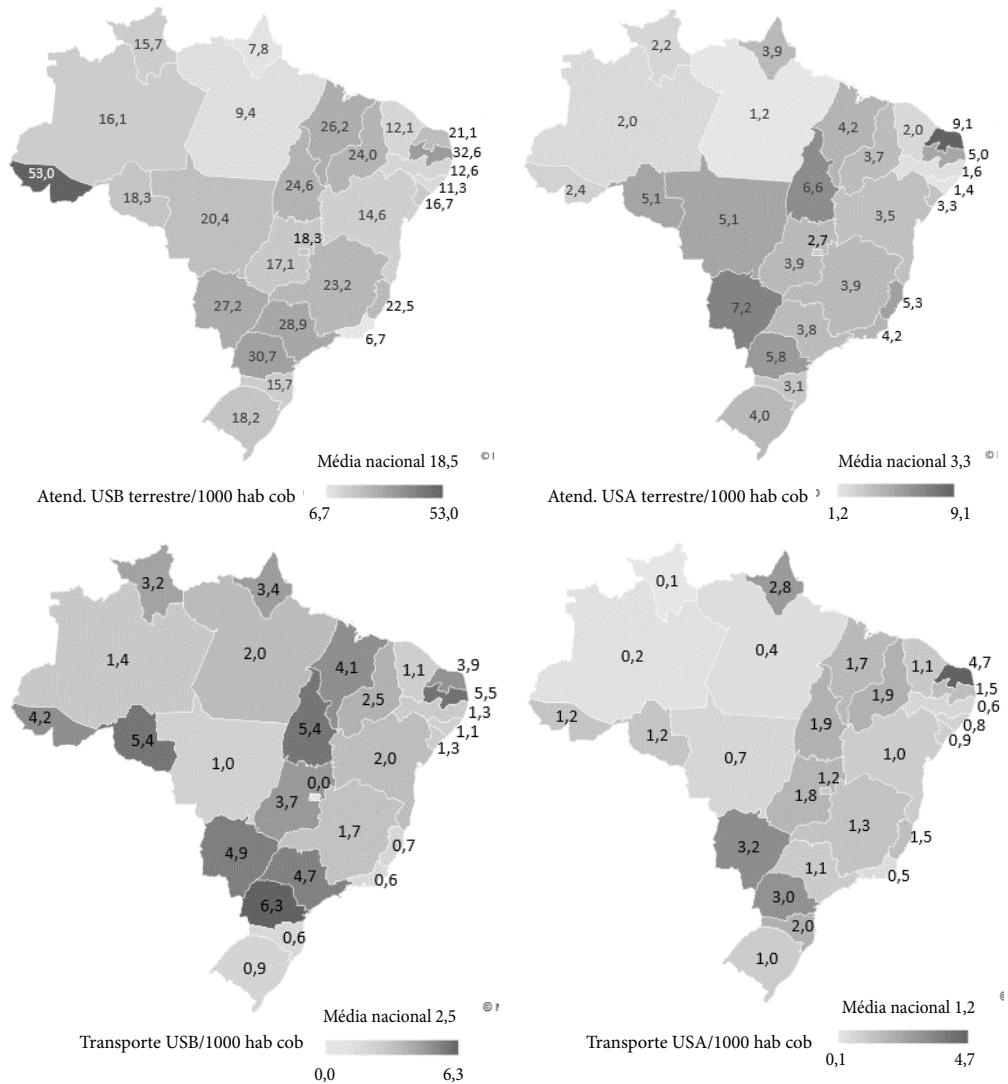


Figura 3. Produção de atendimentos e transportes realizados por USB e USA por mil hab. cobertos, nos estados brasileiros em 2019. Brasil, 2019.

Fonte: Autoras.

ção coberta e recursos distribuídos. Esse fenômeno preocupante vem sendo percebido em países como Itália¹, Suíça², China⁴, França¹⁸, Inglaterra¹⁹, Estados Unidos²⁰, Austrália^{21,22} e Turquia²³, sendo associado a tempos de resposta mais longos²², atrasos no atendimento a pacientes críticos¹ e sobrecarga das unidades hospitalares^{2,3,18,21}, afetando negativamente a sobrevivência dos pacientes e os resultados do sistema de emergência como um todo. Ainda que esses países apresentem condições demográficas e sociais distintas, bem

como seus sistemas de saúde possuem diferentes características e estejam em diferentes fases de desenvolvimento, seus modelos de atenção pré-hospitalar possuem a mesma estrutura básica, tornando as comparações valiosas na análise do progresso do modelo brasileiro.

Além do impacto óbvio do crescimento populacional e da ampliação da cobertura e acesso ao SAMU 192 no Brasil¹¹, estudos^{1-3,18,21,22,24} avaliam que as possíveis causas para essa elevação na demanda e na produção pré-hospitalar incluem

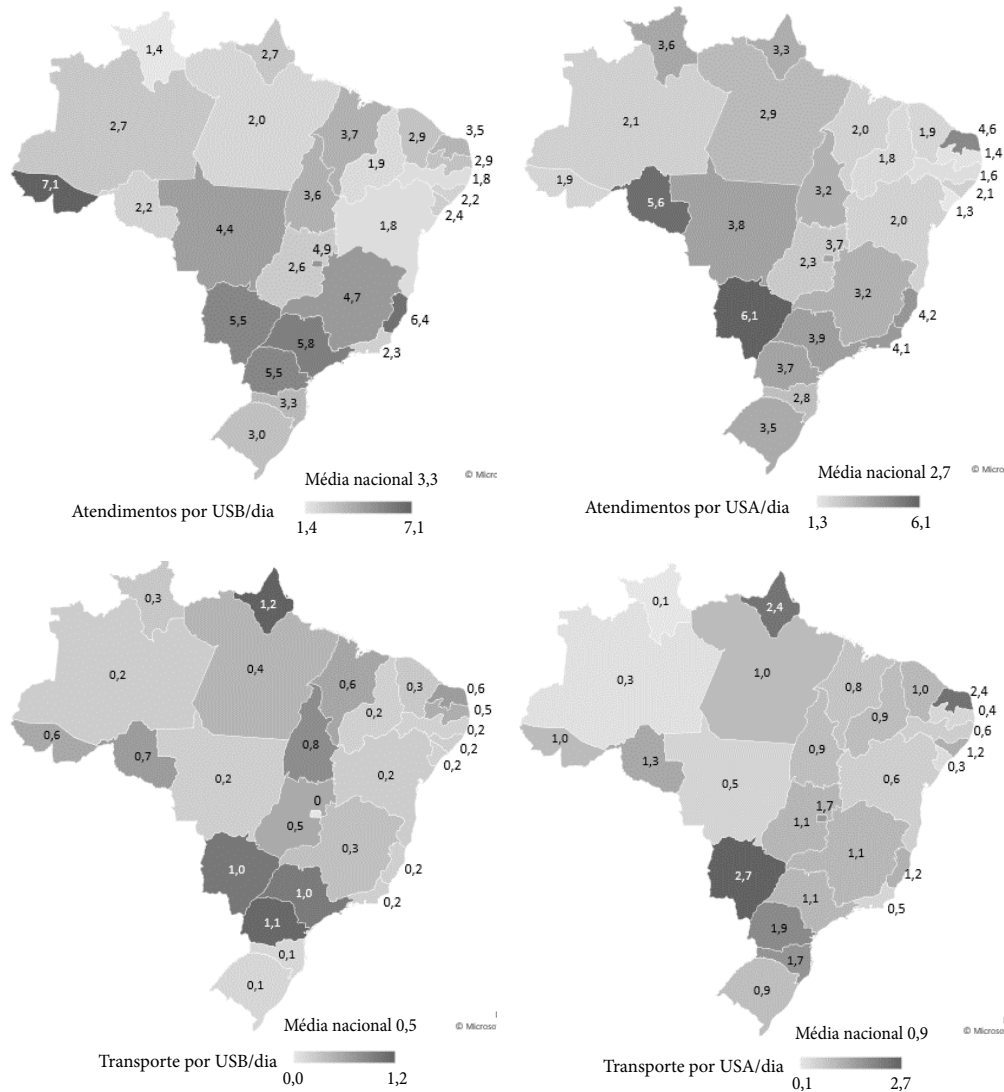


Figura 4. Produtividade diária de atendimentos e transportes realizados por USB e USA, por estados brasileiros em 2019. Brasil, 2019.

Fonte: Autoras.

aspectos demográficos, epidemiológicos, socioeconômicos e relacionados à organização do sistema de saúde, como: 1) O envelhecimento da população^{2,3,18,21,22,24} e o decorrente aumento de comorbidades²² que geram demanda por atendimento; 2) O acesso insuficiente ao cuidado médico e/ou à atenção primária^{1,3,18,21,22,24}, principalmente fora dos centros urbanos; 3) A dificuldade de a atenção primária gerenciar os agravos de urgência sensíveis a seu nível, tornando o APH a principal opção de acesso às portas de urgên-

cia³, mesmo na baixa complexidade^{2,3,18,21,22}; 4) A maior conscientização da população sobre a importância do cuidado à saúde^{2,3,18,21,22}, o que gera expectativa e procura por serviços; 5) A prevalência de história de doença mental e/ou abuso de substâncias^{2,22}; e, por fim, 6) Desvantagens socioeconômicas e educacionais²² que resultam em migração da assistência privada para a pública ou que exigem maior suporte social^{3,21,22}, como as observadas em minorias²², idosos que moram sozinhos^{3,21} ou cidadãos com acesso limitado à

transporte^{3,21}, além de residentes rurais²² e outras populações vulneráveis²².

Indicadores de base populacional são muito utilizados na análise de desempenho de sistemas de emergência^{1,4,18,19,22,25,26} e são sensíveis à diversidade nos aspectos epidemiológicos, demográficos, e principalmente, à oferta e disponibilidade de serviços de saúde¹⁷. Tais indicadores, quando analisados por estados e comparativamente aos *benchmarkings* nacionais, refletiram essa heterogeneidade dos territórios e demonstraram tendências na performance do SAMU 192, como as variações de demanda e produtividade de atendimentos e transportes, a alta demanda com alta produção em áreas populosas, a forte atividade do SBV e o expressivo envolvimento do SAV em transportes. Nesse aspecto, destaque para a região Norte, com seu extenso território, baixa densidade demográfica e baixa cobertura e disponibilidade de recursos do SAMU 192¹¹, que apresentou um desempenho abaixo da média histórica determinada pelos *benchmarkings*, contrariamente ao observado nas regiões Sudeste e Sul, que concentram mais de 57% da população coberta e 48% de todos os RM¹¹ e apresentam indicadores maiores que a média histórica. Essa variação entre regiões é observada em outros países^{1,19,20,25,26} que, para além das diferenças socio-demográficas e de disponibilidade de recursos, consideram esse resultado como uma repercussão da autonomia regional¹, apesar da existência de diretrizes nacionais. Na busca de melhor performance com respeito à autonomia e à diversidade regional, a política de distribuição de RM precisa associar critérios de base populacional e produtividade, inclusive com previsão de periodicidade na correção do incremento populacional nos grandes centros urbanos¹¹.

A taxa média de chamadas recebidas em CRU brasileiras (109,8/mil hab. coberto) parece maior que a média de outros países, como a China⁴ (21,7/mil hab.) ou a Itália¹ (96/mil hab.), entretanto, não significa maior demanda, pois nesses países, foram consideradas apenas as solicitações de socorro de urgência, o que exclui outros tipos de chamada ou as não pertinentes. No Brasil, observou-se alto e crescente número de chamadas que não recebem procedimentos ou indicação de *status*. Mesmo considerando que muitas chamadas não são completadas ou não são pertinentes, elas são atendidas, demandam atenção e consomem tempo da equipe²³. Baixos níveis de conscientização da população sobre o uso e o papel do SAMU 192 podem estar contribuindo para isso²³. É preciso analisar as chamadas que estão

sendo deixadas de lado para viabilizar a resposta adequada. Nesse grupo, podem estar os trotes, as reclamações ou solicitações de outras agências, além de casos que poderiam ter recebido uma orientação sobre saúde ou serem alvos de campanhas de conscientização^{19,23}.

É preciso gerar formas de registro sobre diferentes *status* de ligações²³, para a adequada compreensão da demanda e monitoramento efetivo do desempenho. Essa é uma perspectiva importante de evolução da política, pois não basta o serviço ser capaz de atender muitas chamadas, o principal indicador deve estar relacionado à capacidade de responder a elas. Como exemplo, temos as orientações, produto importante da CRU cujos indicadores mostram queda na produção. Orientações geram alta satisfação²⁷, reduzem o envio de RM de urgência para casos de baixa complexidade²⁷ e minimizam a pressão sobre os departamentos de emergência, ao gerar respostas e alternativas de encaminhamento¹². É preciso ampliar a capacidade de realizar orientações por telefone para garantir esses benefícios²⁷.

Dada a ausência de estratificação de *status*, o percentual de envio de RM pela CRU, (19,2%) e o indicador proporcional de envio (24,0 envios/mil hab. coberto) são inferiores aos apresentados por outros países, onde os envios alcançam até 70,5% das solicitações de socorro^{1,23}, com uma taxa proporcional que varia^{1,18,22,23,25} de 39/mil hab. (França)¹⁸ a 152,9/mil hab. (Austrália)²². O alto desempenho da regulação antes da intervenção²² ou, prioritariamente, a baixa disponibilidade de RM podem justificar essas diferenças. Na busca desta resposta, cabe considerar que a grande força de resposta é terrestre e de SBV (até 19,6 envios SBV/mil hab.), fenômeno que também ocorre em países com modelo em dupla camada^{1,18,20}, mas com taxas proporcionais muito maiores, como a da Suíça¹⁸, onde o envio de SBV chega a 35/mil hab. e o de SAV alcança 10/mil hab. Embora, os indicadores das regiões Sul e Sudeste se aproximem dos valores internacionais, a diferença pode estar relacionada a uma desigualdade na disponibilidade de recursos¹¹ e/ou a uma baixa capacidade operacional nos serviços, que levam a baixa disponibilidade de recursos, inviabilizando o envio de resposta.

O desempenho diário para atendimentos e transportes da USB e USA são marcadamente diferentes entre estados, sendo superiores, naqueles mais populosos. Há poucas descrições sobre o funcionamento diário de serviços de outros países. Estudo sobre uma região populosa da Turquia²³ revelou que, em média, cada ambulância faz 5,8 atendimentos/dia. Nos Estados Unidos,

estudo²⁰ apontou 6,5 atendimentos/dia, com ampla variação entre áreas populosas e rurais. Pesquisa do Reino Unido²⁷ enfatizou que um atendimento terrestre, do acionamento à liberação da equipe, pode demorar até 100 minutos. Desta forma, em 24h, com 2 horas para refeições e 3 horas de descanso, seria possível efetivar até 11,4 chamados diários^{23,24}. A performance média dos RM brasileiros foi inferior a esses marcos internacionais, mas cresce e apenas os estados populosos chegam a esses patamares.

A elevação da produtividade diária do SBV é destaque e pode estar relacionada a dois fatores: maior disponibilidade e capilaridade e/ou maior demanda de atendimento à pacientes de baixa gravidade. Entretanto, é igualmente possível que essa elevação esteja ligada à compensação por indisponibilidade do SAV, seja por dificuldade na composição das equipes com médicos ou pelo alto envolvimento do SAV com transportes. Essa indisponibilidade de SAV traz um desafio que é a elevação do estresse das equipes de SBV, pois além de atenderem mais, enfrentam casos graves sem as prerrogativas profissionais necessárias, colocando em risco a segurança assistencial e seu exercício profissional^{11,24}.

A elevação do número de transportes é um fenômeno preocupante e possivelmente relacionado ao avanço do processo de regionalização da saúde¹¹, uma vez que a lógica de concentração de recursos de maior complexidade nos centros urbanos¹¹ gera alta circulação de pacientes entre unidades de saúde de diferentes localidades. Os transportes podem gerar ineficiências ocultas¹⁹ que ampliam o tempo de utilização do RM e reduzem a produtividade, como por exemplo, deficiências do processo regulatório, distâncias longas e atrasos na unidade de origem ou de destino. Com um RM indisponível por ineficiência, o tempo de espera para o atendimento de urgência aumenta, comprometendo a produtividade. Trata-se de um desafio vivenciado por outros países^{19,23}. Para cumprir bem a missão de atender e transportar, é preciso discutir o impacto da regionalização sobre o SAMU 192, revendo dimensionamento de recursos e estabelecendo papéis e responsabilidades.

O cenário é, portanto, controverso. A demanda está aumentando e a produção da CRU e dos RM também, mas há uma produtividade baixa e variável. As diferenças nos indicadores de base populacional e de produtividade diária, entre macrorregiões e estados, não podem ser atribuídas apenas a diferenças demográficas ou geográficas. Autores^{1,28} defendem, que as diferenças de

performance também podem ser oriundas das diferentes fases de desenvolvimento e maturidade gestora dos serviços²⁸, o que demanda maior apoio central.

Uma análise adicional revelou que, em média, cada USB e cada USA nova, incorporada ao SAMU 192 entre 2015 e 2019, gerou respectivamente 1,3 e 1,4 atendimento diário por unidade, ratificando a baixa produtividade. Esses dados demonstram que a simples distribuição de mais RM não solucionará os desafios. Apesar do aumento de RM e de produção, a produtividade pode estar refletindo um “comportamento operacional ineficiente”¹⁹, fruto de RM parados e/ou de ausência (ou imaturidade) nas ações gestoras em diferentes níveis. Autores^{1,2,4,19,20,27} discutem condições que podem gerar esse comportamento:

1) Desempenho insuficiente da CRU¹ no envio e no controle de RM², seja por baixa sistematização na tomada de decisão dos médicos reguladores¹, por ausência de supervisão das equipes² ou por ausência de critérios para envio de resposta dupla e múltiplos meios¹⁹;

2) Indisponibilidade ou desperdício de RM⁴ seja por má gestão da frota¹⁹ ou por insuficiência e alto *turnover* de profissionais, que tornam os recursos indisponíveis, apesar de distribuídos⁴;

3) Tempo de atendimento excessivamente longo em alto percentual de chamadas⁴, comum em ambientes rurais e/ou de baixa densidade demográfica, nas regionalizações que envolvem múltiplos municípios ou mesmo, em decorrência da ausência de supervisão das equipes;

4) Baixa capacidade resolutive das equipes, o que reduz a possibilidade de resolução dos atendimentos pela primeira equipe despachada exigindo dupla resposta em alta frequência²⁷;

5) Insuficiência ou ineficiência no regramento de captação dos dados²⁰ ou ausência de regras de performance^{1,4,19};

6) Ausência de políticas para lidar serviços de desempenho persistentemente abaixo da média¹⁹ ou com ambulâncias paradas, reduzindo a oportunidade de minimizar ineficiências.

Diante da perspectiva de crescente demanda¹⁹ e com uma produtividade baixa é necessário mobilizar esforços gestores para reverter esse comportamento ineficiente. Esforços que viabilizem a produção de um único atendimento diário adicional para cada USB e cada USA já existente gerariam 3.356 atendimentos diários complementares, elevando o *benchmarking* diário.

A obtenção de dados livres de falhas é um desafio^{1,20,23,28}. Os dados analisados fornecem uma visão robusta dos procedimentos efetuados pelo

SAMU 192, entretanto, o processo de geração de dados, prioritariamente, o perfil de regras estabelecidas carece de melhorias. No SAMU 192, o custeio mensal previsto para as CRU e RM habilitados independe do número de procedimentos, pois só é interrompido se a produção for zero e/ou não for informada por 3 meses^{9,16}. Esse critério fomenta o comportamento operacional ineficiente, pois, pela regra, RM parados por diferentes razões podem ter apenas um único procedimento registrado trimestralmente sem que seu custeio seja suspenso¹⁵.

Estratégias de monitoramento e reavaliação das regras de informação da produção são necessidades urgentes. Clareza na taxonomia, para reduzir falhas de interpretação e definição clara de atributos que caracterizam cada procedimento, incluindo uma performance mínima, são possibilidades já vistas em outros programas, como na atenção básica²⁹, que estabelece o mínimo de procedimentos por base populacional e mantém mecanismos de monitoramento. Esses cuidados reduziram as informações inexequíveis ou ajustadas para recursos parados. Legislação e regramento adequados sobre submissão dos dados podem encorajar registros fidedignos²⁰.

Não é possível afirmar que cada procedimento corresponde a um paciente atendido. Uma vez que o cidadão é o foco de toda a atenção, seria importante coletar dados sociodemográficos e de tipologia do agravo, permitindo a compreensão de impulsionadores de demanda com vistas à adoção de estratégias direcionadas a melhoria dos resultados de saúde²².

O sistema de informação precisa evoluir da simples quantificação de procedimentos, para servir de apoio à gestão¹⁸, pois o aumento da demanda exige planejamento estratégico^{19,28}. Tornar o sistema de coleta de dados mais robusto é um sinal importante de amadurecimento do sistema²⁸.

As medidas de desempenho apresentadas são reprodutíveis e permitem compreender os padrões de utilização do SAMU 192²⁶, viabilizando comparações regionais²⁰ e identificação de oportunidades de melhores práticas³⁰. Os resultados

obtidos podem influenciar a decisão operacional e tática na alocação eficiente de recursos²⁶, além de auxiliar na gestão dessa importante política pública, desde a coleta de dados² até o planejamento de CRU, das modalidades assistenciais e distribuição de RM²³.

A natureza retrospectiva do estudo, associada às fragilidades do sistema de registro dos dados, são limitações encontradas em estudos que se utilizam de bancos de dados públicos. Contudo, o SIA/SUS é o sistema oficial público gerenciado pelo SUS para captação, processamento e divulgação de dados de atendimentos que não geram internação, com o objetivo de subsidiar gestores no planejamento de diferentes políticas públicas. A opção de uso dos dados aprovados buscou justamente reduzir o impacto de erros de registro, dados duplicados ou não pertinentes, que afetam a fidedignidade. Os resultados do presente estudo também podem servir ao aperfeiçoamento do processo de informação de produção, bem como ao seu monitoramento. A criação de modelos estatísticos ajustados em relação à população e área coberta para distribuição de recursos, bem como, sobre o desempenho clínico e o tempo-resposta, são perspectivas relevantes de pesquisa sobre o desempenho do SAMU 192.

Conclusão

Houve crescimento expressivo na produção do SAMU 192, excedendo os índices de crescimento de RM e de população coberta no período. Os indicadores revelaram tendências como as variações de demanda e produtividade entre regiões e estados, alta demanda associada à alta produção em áreas populosas, forte presença das modalidades de SBV e a elevação dos transportes. Estas tendências podem estar relacionadas a regionalização e a diferenças demográficas, geográficas ou de disponibilidade de recursos. Os *benchmarkings* nacionais de produtividade diária são inferiores aos marcos internacionais e podem refletir um comportamento operacional ineficiente.

Colaboradores

MAA Malvestio contribuiu na concepção e desenho do trabalho; na coleta, análise e interpretação dos dados; na redação do artigo e em sua revisão crítica. RMC Sousa contribuiu na análise e interpretação dos dados e em sua revisão crítica. As autoras aprovaram a versão final publicada.

Referências

1. Campagna S, Conti A, Dimonte V, Dalmasso M, Starini M, Gianino MM, Borracino A. Trends and characteristics of emergency medical services in Italy: A 5-years population-based registry analysis. *Healthcare* 2020; 8:551.
2. Villeumier S, Fiorentino A, Dénéreáz S, Spichiger T. Identification of new demands regarding prehospital care based on 35.188 missions in 2018. *Emerg Med* 2021; 21:63.
3. Lowthian JA, Cameron PA, Stoelwinder JU, Curtis A, Currel A, Cooke M, McNeil JJ. Increasing utilization of emergency ambulances. *Aust Health Rev* 2011; 35(1):63-69.
4. Huang W, Wang TB, He YD, Zhangs H, Zhou XH, Liu H, Zhang JJ, Tian ZB, Jiang BG. Trends and characteristics in pre-hospital emergency care in Beijing from 2008 to 2017. *Chin Med J (Engl)* 2020; 133(11):1268-1275.
5. Henry JA, Reingold AL. Prehospital trauma systems reduce mortality in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg* 2012; 73:261-268.
6. Chocron R, Loeb T, Lamhaut L, Jost D, Adnet Frédéric, Lecarpentier E, Bougouim W, Beganton F, Juvin P, Marijon E, Jouven X, Cariou A, Dumas F. Ambulance Density and Outcomes After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation* 2019; 139(10):1262-1271.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial da União*; 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*; 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 3, de 3 de outubro de 2017. Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; 2017.
10. O'Dwyer G, Konder MT, Reciputi TP, Macedo C, Lopes MGM. Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: Estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad Saude Publica* 2017; 33(7):e00043716.
11. Malvestio MAA, Sousa RM. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: Análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192. *Cien Saude Colet* 2022; 27(7):2921-2934.
12. Brasil. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. *Diário Oficial da União* 2016; 24 maio.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Brasília: Estatísticas IBGE Estimativas de População* [Internet]. [acessado 2021 fev 1]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=downloads>.
14. Brasil. DATASUS. *Produção Ambulatorial do SUS por local de atendimento* [Internet]. [acessado 2022 fev 1]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qauf.def>.

15. Brasil. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação. *SAI - Sistema de Informação Ambulatorial do SUS: Manual de Operações do Sistema* [Internet]. [acessado 2022 fev 1]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 288, de 12 de março de 2018. Redefine a operacionalização do cadastramento de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência e o elenco de profissionais que compõem as equipes do SAMU 192 no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). *Diário Oficial da União*; 2018.
17. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripisa). *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações* [Internet]. Brasília: OPAS; 2008 [acessado 2021 mar 1]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.
18. Pittet V, Burnand B, Yersin B, Carron PN. Trends of pre-hospital emergency medical services activity over 10 years: a population-based registry analysis. *BMC Health Serv Res* 2014; 14:380.
19. National Health System (NHS). *National Audit Office. NHS Ambulance Services* [Internet]. 2017 [cited 2021 mar 1]. Available from: <https://www.nao.org.uk/report/nhs-ambulance-services/>.
20. National Association of State EMS Officials. *National emergency medical services assessment* [Internet]. 2020 [cited 2021 mar 1]. Available from: https://nasemso.org/wp-content/uploads/2020-National-EMS-Assessment_Reduced-File-Size.pdf.
21. Lowtian JA, Jolley DJ, Curtis AJ, Currel A, Cameron PA, Stoelwinder JU, McNeil J. The challenges of population ageing: accelerating demand for emergency ambulance services by older patients, 1995-2015. *Med J Aust* 2011; 194(11):574-578.
22. Andrew E, Nehme Z, Cameron P, Smith K. Drivers of increasing emergency ambulance demand. *Prehosp Emerg Care* 2020; 24(3):385-393.
23. Sariyer G, Ataman MG, Akay S, Sofuoglu T, Sofuoglu Z. An analysis of Emergency Medical Services demand: Time of day, day of the week, and location in the city. *Turk J Emerg Med* 2016; 17(2):42-47.
24. Shekhar AC. *Ambulance Allocation: What's the right balance?* [Internet]. EMS World print Online; 2020 [cited 2021 mar 1]. Available from: <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/emsworld/article/1223842/ambulance-allocation-whats-right-balance>.
25. Wang HE, Mann C, Jacobson KE, Dai M, Mears G, Smyrski K, Yealy DM. National Characteristics of emergency medical services responses in the United States. *Prehosp Emerg Care* 2013; 17:8-14.
26. Sariyer G, Ataman G, Sofuoglu T, Sofuoglu Z. Does ambulance utilization differ between urban and rural regions: a study of 112 services in a populated city, Izmir. *J Public Health* 2017; 25:379-385.
27. National Health System (NHS). *Operational productivity and performance in English NHS Ambulance Trusts: Unwarranted variations* [Internet]. 2017 [cited 2021 mar 1]. Available from: https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/Operational_productivity_and_performance_NHS_Ambulance_Trusts_final.pdf.
28. Rahaman NH, Tanaka H, Shin SD, Ng YY, Piyasuwanukul T, Lin CH, Ong MEH. Emergency medical services key performance measurement in Asian cities. *J Emergency Med* 2015; 8:12.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para sua organização no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*; 2017.
30. Dunford J, Domeier RM, Blackwell T, Mears G, Overton J, Rivera-Rivera EJ, Swor R. Performance measurements in emergency medical services. *Prehospital Emergency Care* 2009; 6(1):92-98.

Artigo apresentado em 16/11/2022

Aprovado em 03/04/2023

Versão final apresentada em 05/04/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva