Universidade de São Paulo - USP
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP
Faculdade de Economia e Administração - FEA

**SAMU de Ribeirão Preto: avaliação do processo de transição
da sua abrangência municipal para a cobertura regional e
seus impactos**

Dissertação apresentada à Faculdade de Economia e Administração (FEA) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências no Programa de Mestrado Profissional em Gestão em Organizações de Saúde.

Aluno: Marcelo Marcos Dinardi

Orientador: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Jr

Ribeirão Preto
2018

Marcelo Marcos Dinardi

SAMU de Ribeirão Preto: avaliação do processo da transição de sua abrangência municipal para a cobertura regional e seus impactos

Versão Corrigida

Dissertação apresentada à Faculdade de Economia e Administração (FEA) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Junior

Ribeirão Preto

2018

Dinardi, Marcelo Marcos

SAMU de Ribeirão Preto: avaliação do processo da transição de sua abrangência municipal para cobertura regional e seus impactos.

180 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional em Gestão de Organizações de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Gerson Alves Pereira Junior

Atendimento pré-hospitalar, sistema de atendimento de urgência, urgência.

Nome: DINARDI, Marcelo Marcos

Título: SAMU DE RIBEIRÃO PRETO: avaliação do processo de transição de sua abrangência municipal para a cobertura regional e seus impactos.

Dissertação apresentada à Faculdade de Economia e Administração (FEA) e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

DEDICATÓRIA

À DEUS que sempre mostrou-se solidário a minha pessoa em qualquer e toda circunstância.

AGRADECIMENTOS

A minha grande família que estão em constante simbiose com minhas emoções, sucessos e frustrações.

Ao Prof. Gerson que soube compreender e tanto trabalhou para finalização deste estudo.

Ao querido Dr. Stênio Miranda sempre amável, compreensivo e competente profissional que deixa um legado de discípulos prontos e aptos a gestão.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente você estará fazendo o impossível.”

Francisco de Assis

Nome: DINARDI, Marcelo Marcos

Título: SAMU DE RIBEIRÃO PRETO: avaliação do processo de transição de sua abrangência municipal para a cobertura regional e seus impactos.

RESUMO

O SAMU brasileiro utiliza o modelo francês e opera com uma Central Única de Regulação Médica regionalizada, hierarquizada e descentralizada na composição das equipes de socorro e unidades móveis como USBs (Unidade de Suporte Básico) e USAs (Unidade de Suporte Avançado) que variam de acordo com o tipo de gravidade do caso. Na cidade de Ribeirão Preto, o serviço do SAMU, implantado em 1996, era municipal até 2012, porém seguindo as resoluções e portarias do Ministério da Saúde houve a necessidade da transição do SAMU Municipal para o SAMU Regional, com um único número (192) para os 26 municípios do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII) sendo composto/constituído por 38 (trinta e oito) USBs sendo 01 USB para cada base descentralizada, 13 USB para Ribeirão Preto, 01 (uma) equipe de motolância e mais 03 (três) USAs (unidades de suporte avançado de vida) para cada base nos municípios polos microrregionais (Ribeirão Preto, Sertãozinho e Batatais). Com base nessas informações, este estudo visou caracterizar a estrutura e funcionamento do SAMU Municipal e sua Central de Regulação de Urgência e a transição para a regionalização nos seus aspectos estruturais, recursos humanos, tecnológicos e principalmente a viabilidade financeira, considerando o repasse tripartite (estado - união e município) insuficientes. Para a viabilidade financeira foi instituído o Consórcio CIS-AVH (consórcio intermunicipal de saúde - Aquífero guarani, Vale das cachoeiras e Horizonte verde). Os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CISs) são importantíssimos instrumentos de cooperação e gestão entre municípios integrados, com

interesses comuns definidos através do Plano Anual de Trabalho descritos pelos gestores municipais, conselhos e entidades públicas que estabelecem as prioridades e necessidades de determinado local e região. O objetivo foi criar soluções para problemas comuns, racionalizando a ação governamental a partir da realização conjunta de atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Observa-se o fortalecimento da co-gestão compartilhada em saúde, em especial para os municípios de menor porte, cujas capacidades de investimento no setor são reduzidas em razão do limitado orçamentos disponível, as crescentes necessidades dos cidadãos, o avanço do aparato tecnológico e seus custos e principalmente o ganho por meio de editais de aquisição, compras ou contratação em escala seja de serviços, exames ou insumos.

Palavras chave: Atendimento pré-hospitalar, Sistema de atendimento de urgência, urgência.

Name: DINARDI, Marcelo Marcos

Title: SAMU DE RIBEIRÃO PRETO: evaluation of the transition process from its municipal coverage to regional coverage and its impacts.

ABSTRACT

The Brazilian SAMU uses the French model and operates with a regionalized, hierarchical and decentralized Single Regulated Medical Regulation Center in the composition of rescue teams and mobile units such as USBs (Basic Support Unit) and USAs (Advanced Support Unit) that vary according to with the type of severity of the event. In the city of Ribeirão Preto, the SAMU service, implemented in 1996, was municipal until 2012, but following the resolutions and ordinances of the Ministry of Health, there was a need to transition from SAMU Municipal to SAMU Regional, with a single number (192) for the 26 municipalities of the Regional Health Department of Ribeirão Preto (DRS XIII) consisting of 38 (thirty-eight) USBs, with 1 USB for each decentralized base, 13 USB for Ribeirão Preto, 01 (one) motolance team and more 03 (three) USAs (advanced life support units) for each base in the microregional poles municipalities (Ribeirão Preto, Sertãozinho and Batatais). Based on this information, this study aimed to characterize the structure and functioning of the Municipal SAMU and its Central Emergency Regulation and the transition to regionalization in its structural aspects, human resources, technological and mainly financial viability, considering the tripartite pass-through insufficient. (2013 to 2016). For the financial viability, the CIS-AVH Consortium (inter-municipal health consortium - Aquifer, Guaraní, Vale das cachoeiras and Horizonte verde) was instituted. The Intermunicipal Health Consortiums (CISs) are very important instruments of cooperation and

management among integrated municipalities, with common interests defined through the Annual Work Plan described by municipal managers, councils and public entities that establish the priorities and needs of a given place and region. With the objective of creating a solution to common problems, rationalizing government action through joint activities to promote, protect and recover health. The strengthening of shared co-management in health is observed, especially for smaller municipalities, whose investment capacities in the sector are reduced due to the limited budgets available, the growing needs of the citizens, the advancement of the technological apparatus and its costs, and especially the gain through purchase, purchase or scale calls for services, examinations or inputs.

KEY WORD: Pre-hospital care, Emergency care system, urgency.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Itens de repasse financeiro segundo as Portarias nº1010, de 21 de maio de 2012 do Ministério da Saúde. *Repasse mensal. Ribeirão Preto, 2017.....	57
Tabela 2. Microrregiões do DRS XIII, mostrando o conjunto de suas cidades (destaque para as cidades polo em negrito) e a população estimada (e percentual) pelo IBGE em 2016. Ribeirão Preto, 2017.....	81
Tabela 3. Custo total e per capita do SAMU Regional de Ribeirão Preto.....	90
Tabela 4. Custo operacional discriminado e per capita do SAMU Regional de Ribeirão Preto..	91
Tabela 5. Custo total per capita da Central de Regulação de Urgência do SAMU Regional de Ribeirão Preto.	91
Tabela 6. Custo total e per capita das Unidades de Suporte Avançado do SAMU Regional de Ribeirão Preto.	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Atendimentos do SAMU 192 da DRS XIII, realizados nos anos de 2006, 2007 e 2008, no município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2017.....102

Gráfico 2. Número de ligações para a Central de Regulação de Urgências (192), com destaque para aquelas que tiveram despacho de ambulâncias durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, para todos os municípios da DRS XIII. Ribeirão Preto, 2017.....104

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Relação das principais Legislações Federais que estabelecem relação com Política Nacional de Urgências. Fonte: Sistema SaudeLegis. Elaboração do autor. Legenda: QualiSUS: Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde. CGUE/DAE/SAS/MS: Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde. UPA: Unidades de Pronto Atendimento. SE: Salas de Estabilização.	52
Quadro 2. Relação das principais Legislações Federais que legalizam os Consórcios Públicos no âmbito nacional.	67
Quadro 3. Municípios que compõem o território de abrangência da central de regulação médica de urgências do SAMU 192 - Regional de Ribeirão Preto (SP). Fonte: Portaria nº 1034, de 24 de maio de 2012.	87
Quadro 4. Descritivo do valor atualizado com a qualificação da Central de Regulação do SAMU Regional de Ribeirão Preto.	89
Quadro 5. Descritivo dos valores atualizados com a qualificação das Unidades de Suporte Básico e Avançado do SAMU Regional de Ribeirão Preto.....	89
Quadro 6. Descritivo dos documentos utilizados para análise histórica do SAMU de Ribeirão Preto e de sua transição de serviço municipal para regional.....	99
Quadro 7. Quantidade de profissionais do SAMU regional (TARMs, Radioperadoras e Médicos Reguladores) divididos por período de trabalho.....	100
Quadro 8. Caracterização do consócio de direito público quanto aos aspectos administrativos considerando sua regulamentação.	116

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Evolução do percentual de cobertura populacional do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2012 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.....53
- Figura 2.** Evolução geográfica da cobertura populacional do SAMU 192 em todo território brasileiro em 2012 (A) e 2017 (B). Fonte: Portal da SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde).54
- Figura 3.** Evolução do número de municípios e das unidades móveis (ambulâncias básicas e avançadas) habilitadas do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2013 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.55
- Figura 4.** Evolução das unidades móveis (motolâncias, embarcações e aeromédicos) habilitadas do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2013 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.....55
- Figura 5.** Distribuição do número de unidades móveis (ambulâncias, motolâncias, embarcações e aeromédicos) habilitadas do SAMU 192 em cada estado do país em 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.....56
- Figura 6.** Evolução dos valores transferidos fundo a fundo para o programa SAMU 192 em todo o território nacional entre 2004 e 2017. Fonte: Fundo Nacional de Saúde - FNS/MS.....58
- Figura 7.** Distribuição espacial do Sistema SAMU 192 em Ribeirão Preto no ano de 2005. Fonte: Souza (2005).80
- Figura 8.** Divisões geográficas das microrregiões do DRS XIII com suas respectivas cidades polo: Aquífero Guarani (Ribeirão Preto), Horizonte Verde (Sertãozinho) e Vale das Cachoeiras (Batatais).81

Figura 9. Fluxo de implantação de um consórcio público.....	114
Figura 10. Conteúdos essenciais de procedimentos com o Protocolo de Intenções para a Ratificação do Contrato de Consórcio.	115
Figura 11. Página inicial do site do Consorcio Intermunicipal de Saúde CIS – AVH.....	118

LISTA DE ANEXOS

Anexo I. Consórcios públicos	151
Anexo II. Protocolo de intenções	155
Anexo III. Extrato de protocolo de intenções	163
Anexo IV. Estatuto Social do Consorcio Intermunicipal de Saúde – DRS XIII	164
Anexo V. Contrato de rateio	177
Anexo VI. Carta de anuência	180
Anexo VII. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	181

LISTA DE SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde
CIR	Conselho Inter-gestores Regionais
CGUE/DAE/SAS/MS	Coordenação-Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde
CROSS	Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde
CURM	Central Única de Regulação Médica
DPVAT	Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres
DRS XIII	Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto
FEA	Faculdade de Economia e Administração
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
GM	Gabinete do Ministro
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel Urgência
SAMDU	Serviço de Atendimento Médico Domiciliar de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SBV	Suporte Básico de Vida
SIATE	Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência
SUS	Sistema Único de Saúde
TARM	Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica
USA	Unidade de Suporte
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VIR	Veículo de Intervenção Rápida

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	21
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	26
2.1. Evolução e aspectos históricos dos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar.....	26
2.2. A organização do atendimento às urgências e seus diferentes modelos de atenção.....	31
2.3. A organização do Sistema Brasileiro de Atenção às Urgências e Emergências.....	38
2.4. A evolução da cobertura populacional e situação atual do SAMU 192 e Centrais de Regulação no Brasil.....	52
2.5. Consórcio público como ferramenta de parceria administrativa entre municípios	58
3. OBJETIVOS.....	70
3.1. Objetivo Geral.....	70
3.2. Objetivo Específico.....	70
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	71
4.1. Tipo de Estudo.....	71
4.2. Período do estudo.....	72
4.3. Cenário de estudo.....	72
4.4. População e Amostra.....	73
4.5. Análise Estatística.....	74
4.6. Aspectos Éticos.....	74
5. RESULTADOS	75
6. DISCUSSÃO.....	121
7. CONCLUSÕES.....	133
8. REFERÊNCIAS.....	134
ANEXOS.....	150

1. INTRODUÇÃO

As crescentes taxas de morbimortalidade por agravos de origem cardiovascular e causas externas transformaram os atendimentos de urgência em saúde em um grande desafio para todos os países (ORTIGA; LACERDA; CALVO, 2016). Concomitantemente, as pressões sobre os serviços de urgência também aumentaram no mundo inteiro devido às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais que, por sua vez concorrem para crescimento da agudização de enfermidades crônicas e situações de agravos agudos. Nesse contexto, muitos países se viram diante da necessidade de organizar sistemas para atendimento às demandas de urgências traumáticas e não traumáticas, utilizando-se modelos distintos (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Ao longo dos anos, diversas foram às propostas e sistemas implementados e desenvolvidos no mundo, em especial nos países ricos para o enfrentamento desses agravos (SCARPELINI, 2007). Em geral, tais sistemas apresentam bons resultados, pois cursam com redução de taxas de morbidade e mortalidade, ressaltando-se que nenhum desses modelos possui comprovadamente superior eficácia (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Dentre as diferentes propostas de enfrentamento às urgências, destaca-se o atendimento pré-hospitalar (APH), que consiste em toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar, nos primeiros minutos após a ocorrência do agravo à sua saúde, seja ele traumático ou não traumático (LOPES; FERNANDES, 1999; BRASIL, 2002).

Historicamente, grande parte dos autores destacam dois grandes modelos de APH, utilizando como parâmetros os aspectos geográficos e características organizacionais, sendo estes os modelos franco-germânico e anglo-americano, ressaltando-se que existem diferenças

consideráveis entre esses dois sistemas (DYKSTRA, 1997; ARNOLD, 1999; ADNET; LAPOSOLLE, 2004).

O modelo anglo-americano trabalha com técnicos em emergências médicas e não conta com a presença do médico, propõe-se a remoção rápida do paciente do local de atendimento para o hospital (PONZER, et. al., 2004; SCARPELINI, 2007; GUSMÃO FILHO, 2008). O modelo franco-germânico, que é medicalizado (tem médico na ambulância de suporte avançado), permite o início precoce da terapêutica durante o atendimento (SCARPELINI, 2007; GUSMÃO FILHO, 2008).

No Brasil, em relação à organização de um Sistema de Atenção às Urgências e Emergências (SAUE), embora registrem-se algumas experiências locais ou loco-regionais, originárias notadamente de iniciativas de governos municipais, foi somente em meados da década de 1990 que surgiram as primeiras iniciativas ministeriais para efetivar sua implantação como um sub-componente devidamente organizado e inserido no SUS (TANNEBAUM et al., 2001; GUSMÃO FILHO, 2008).

Como um marco inicial para essa organização, segundo destaca Gusmão (2008), tem-se a implantação do componente pré-hospitalar por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em algumas regiões metropolitanas nos moldes do modelo franco-germânico de atenção às urgências. Para o autor, a partir deste marco o Ministério da Saúde (MS) passa desenvolver uma série de programas e políticas com o objetivo de estruturar um sistema de atenção específico para urgências e emergências, culminando no lançamento da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) e do Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, em 2003.

O sistema de atenção às urgências e emergências emergiu no Brasil como um modelo híbrido, associando características dos modelos franco-germânico e anglo-americano, tendo seu componente pré-hospitalar fortemente inspirado no modelo francês, prestando atendimento por meio de ambulâncias medicalizadas, contando com equipe multiprofissional, chefiadas por médico e coordenadas por uma central de regulação, responsável pela triagem e continuidade do tratamento em qualquer um dos componentes da rede de assistência à saúde (TANNEBAUM et al., 2001; SANTOS et al., 2003; MINAYO; DESLANDES, 2008).

Essa estrutura foi regulamentada em 2002, quando o Ministério da Saúde instituiu o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência por meio da Portaria GM nº 2.048/2002, na qual estabeleceu os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, suas normas de funcionamento, classificação e critérios para a habilitação dos serviços que compõem os Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, incluindo assim o componente pré-hospitalar móvel, sob o comando de uma Central de Regulação Médica (BRASIL, 2002; GUSMÃO FILHO, 2008).

Tais Centrais de Regulação Médica, no âmbito do APH móvel, estavam atreladas ao formato de implantação desse componente, e embora sendo previsto na Portaria GM nº 2048/2002 que estas centrais pudessem estar estruturadas em nível municipal, estadual ou regional, acabaram seguindo o ordenamento natural de expansão dos SAMUs que, a princípio foram em sua maioria configurados sob gestão municipal, tendo como abrangência de atendimento apenas o próprio município, culminando assim com diversas Centrais de Regulação em um único estado (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

Portanto, no início predominou a adesão de municípios isoladamente, mas depois conforme resoluções e portarias ministeriais de rede de atenção às urgências, observou-se uma crescente configuração sob gestão regional do SAMU. Esse cenário de modificações teve grande impulso em 2008, quando visando fomentar a regionalização do SAMU com fins de ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel em todo o território nacional, o Ministério da Saúde lançou a Portaria GM nº 2970, estabelecendo investimento e custeio para regionalização dos SAMUs já implantados e para a implantação de novos SAMUs regionais (BRASIL, 2008; MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011).

Com esse movimento no cenário nacional, houve um processo de otimização de recursos e a ampliação da cobertura e do acesso, seguindo uma lógica de enxugamento das centrais de regulação. No processo de regionalização, havia uma lógica de prioridade para propostas de agrupamento de centrais municipais já existentes, a fim de configurar centrais regionais, seguida de centrais municipais ou regionais já existentes, com proposta de incorporação de novos Municípios e de novas centrais de caráter regional (BRASIL, 2008).

O movimento em favor da regionalização do SAMU seguiu se fortalecendo no cenário nacional, em alinhamento com o Pacto pela Vida, cuja premissa defende a regionalização de serviços de saúde como um dos pilares para a efetivação das diretrizes do SUS (universalidade, integralidade e equidade), e ainda mediante de uma série de Portarias cujo escopo ressalta a regionalização como estratégia para ampliação do acesso às populações dos diversos municípios em todo o território nacional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013)

Assim, o número de SAMUs no Brasil aumentou progressivamente desde 2004 e nesse processo, os serviços regionais ultrapassaram os municipais já em 2008, com crescimento

progressivo desde então, traduzindo assim a preocupação do Ministério da Saúde em estimular uma organização regionalizada do SAMU, com o objetivo de incluir municípios menores nas redes de atendimento às urgências (MACHADO, SALVADOR, O'DWYER, 2011; DIAS, 2016). Seguindo esse movimento da Política Nacional, em meados de 2012/2013 o serviço de Atendimento Móvel SAMU de Ribeirão Preto, que seguia o modelo municipal, acabou por aderir ao processo de transição para um SAMU de base Regional para dar cobertura a todos os 26 municípios do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII).

Diante de uma série histórica de Portarias e Leis que no âmbito nacional regulamentam a Rede de Atenção às Urgências e que, conseqüentemente, vem redefinindo as diretrizes para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação, com orientação para a regionalização destes serviços, frente a uma justificativa de ampliação do acesso, emerge a necessidade de se refletir sobre como vem se dando esse processo nos diversos espaços gestores, uma vez que embora constem em tais instrumentos regulamentadores uma série de orientações, sabe-se que na prática tais transições perpassam por questões amplamente complexas.

Nessa perspectiva, justifica-se o presente estudo partindo-se do pressuposto de que pouco se tem produzido na literatura sobre o processo de transição de serviços municipais para regionais, o que inclui para além do preconizado, uma série de ajustes políticos e econômicos que são indispensáveis ao êxito dessa transformação. Assim, entende-se a relevância da presente pesquisa ao caracterizar o processo de transição do SAMU de Ribeirão Preto, de um modelo de abrangência municipal para um serviço regional e descrevendo os aspectos envolvidos nessa mudança relativamente ao período de 2013 a 2016.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Evolução e aspectos históricos dos serviços de Atendimento Pré-Hospitalar.

A necessidade de um serviço para prestar assistência tão logo aconteça o incidente veio à tona, principalmente no período entre guerras, e as primeiras tentativas de organizar esse atendimento rápido e no local surgiu na França, por ocasião das Guerras Napoleônicas, em 1792. Dominique Larrey, cirurgião e chefe militar, praticava os cuidados iniciais aos pacientes vitimados nessas guerras no próprio campo de batalha, objetivando prevenir complicações e, dessa forma, começou a utilizar carroças no transporte de soldados feridos em conflito, promovendo medidas de socorro imediatamente, durante o deslocamento para os hospitais de campanha (LÓPEZ, 1989; VASCONCELOS, 2013).

Assim com o tempo e frente a esses conflitos, as equipes começaram a perceber que as chances de sobrevivência dos feridos em combate eram maiores quando o atendimento era realizado rapidamente, no próprio campo de batalha e por meio de ambulâncias. As guerras mais recentes também confirmaram os benefícios do atendimento precoce, sendo palco freqüente de atendimentos pré-hospitalares (FONTANELA; CARLI, 1992; SANTANA; BOERY; SANTOS, 2009; DIAS, 2016).

Na prática civil, mesmo diante do aumento progressivo das perdas de vidas humanas por traumas advindos de causas externas, principalmente acidentes de trânsito, registra-se uma demora das equipes médicas para uma mobilização e, dessa forma, as autoridades sanitárias inicialmente tiveram que delegar as responsabilidades deste serviço aos responsáveis pelos resgates (militares do Corpo de Bombeiros), retirando a característica sanitária deste atendimento (LOPES; FERNANDES, 1999).

Ao se pensar em um atendimento em cena para pacientes vítimas de trauma, a França foi pioneira, pois criou em 1955, a primeira equipe móvel de reanimação, tendo como missão a assistência aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e as transferências inter-hospitalares (LOPES; FERNANDES, 1999; CAMPOS, 2005).

A história do SAMU da França inicia-se em 1959, quando os médicos perceberam uma desproporção existente entre os meios disponíveis para o tratamento de doentes e feridos nos hospitais, e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar até então existentes. Já nesse período constatando a necessidade de um treinamento adequado para as equipes de socorro e a importância da participação médica no local para aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes. Assim, definiram uma abordagem por meio de cuidados básicos e avançados essenciais, cuidados estes centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas (FONTANELA; CARLI, 1992).

Em 1965, surgiram oficialmente os Serviços de atendimento de urgência e reanimação (SMUR), dispondo agora das Unidades Móveis Hospitalares (UHM). Em 1968, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, surgia um centro de regulação médica dos pedidos, tendo as suas regras regulamentadas em decreto de 16/12/1987. As equipes das UHM passaram a deslocar profissionais médicos e tecnologias para o local onde aconteciam às ocorrências, propiciando assistência de qualidade até a chegada ao hospital, configurando, definitivamente, os princípios do atendimento pré-hospitalar (LOPES; FERNANDES, 1999; CAMPOS, 2005).

Nascia, assim, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência francês com os princípios do atendimento pré-hospitalar de: auxílio médico urgente como atividade sanitária; as intervenções sobre o terreno devem ser rápidas, eficazes e com meios adequados; a abordagem de cada caso

deve ser, simultaneamente, médica, operacional e humana; as responsabilidades de cada profissional e as inter-relações com os demais devem ser estabelecidas claramente; a qualidade dos resultados dependem, em grande parte, do nível de competência dos profissionais; a ação preventiva deve ser um complemento da ação de urgência (LOPES; FERNANDES, 1999).

Vale ressaltar que, posteriormente, no ano de 1989 em Lisboa foram proclamadas as bases éticas da regulação médica, num processo conhecido como *Declaração de Lisboa* (LOPES; FERNANDES, 1999).

Com os anos, em outros conflitos militares, as equipes médicas e não médicas começaram a perceber que o início do tratamento no local do acidente ou durante o transporte, poderia aumentar a sobrevivência das vítimas, porém essas teorias só começaram a ser aplicadas de modo coletivo na década de 1960 quando foi desenvolvido um programa de treinamento de Técnicos de Emergência Médica no corpo de bombeiros de Chicago (GUERRA, 2001).

Em 1966, os Estados Unidos (EUA) desenvolveram o Sistema de Urgências Médicas, que tem suas raízes históricas na experiência militar obtida na II Guerra Mundial, guerras da Coreia e do Vietnã, entre outras, com o intuito de servir como proposta de atendimento pré-hospitalar aos acidentados em rodovias federais. Neste aspecto, a proposta que surgiu preconizava remoção rápida do paciente do local do atendimento inicial, com seu transporte imediato para o local de tratamento definitivo (CAMPOS, 2005; SCARPELINI, 2008).

Durante o desenvolvimento do modelo, optou-se pela participação indireta dos médicos, os quais assumiram função de elaboração e supervisão dos protocolos, devendo a intervenção na cena ser realizada por técnicos em emergências médicas, os *Emergency Medical Technician*

(EMT) e paramédicos, atuando por meio de protocolos médicos e executando limitados procedimentos invasivos (SCARPELINI, 2008).

Em 1968, houve a centralização de todas as chamadas de emergência para o número telefônico 911, disponível a 99% da população com cobertura a 96% do território americano e, vale ressaltar que embora a atividade de campo limita-se quase que exclusiva aos EMTs, a direção do sistema seria médica, com supervisão contínua da atividade dos demais profissionais para desenvolvimento de protocolos, controle de qualidade e educação continuada (CAMPOS, 2005; SCARPELINI, 2008).

No Brasil, as primeiras iniciativas para estruturação de um serviço de Atendimento Pré-hospitalar (APH) tiveram início a partir de 1808, com a chegada da família real portuguesa, seguindo o modelo europeu da época, no qual as ambulâncias eram carruagens que eram mais um sistema de transportes do que um serviço de prestação de cuidados emergenciais (SÃO PAULO, 2001).

O serviço de APH começou a materializar-se de fato no Brasil somente em 1893, quando uma lei promulgada pelo Senado da República estabeleceu o socorro médico em vias públicas e a importação imediata de ambulâncias da Europa (RAMOS; SANNA, 2005).

No Rio de Janeiro, com iniciativa de organizações públicas e privadas, teve a criação do Socorro Médico de Urgência que deu início ao atendimento de emergência no Brasil, porém só em 1904 as leis para o atendimento de emergência no Brasil foram aprovadas e verbas para as demandas com ambulâncias foram repassadas. Apesar disso, os atendimentos ficaram restritos a existência de ambulâncias com apenas um condutor com a função de transportar os pacientes até o hospital mais próximo. Somente em 1910, no Estado de São Paulo, esta realidade começa a ser

desconstruída, quando um decreto obriga a presença de médicos no local de incêndios e outros acidentes (GUERRA, 2001).

Com o passar dos anos o APH foi se modificando e, por volta da década de 50 foi implantado em São Paulo o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), órgão da então Secretaria Municipal de Higiene, cuja proposta era prestar uma assistência médica à distância, com o médico indo à residência do doente a fim de lhe prestar cuidados. Este modelo foi disseminado por alguns estados brasileiros, entretanto, por uma série de motivos esta atividade foi sendo desativada, mas historicamente é considerada como um embrião da atenção pré-hospitalar no Brasil (CABRAL, 2007).

Foi no Estado de São Paulo, por volta de 1993, que atenção pré-hospitalar nos moldes como ela é concebida atualmente teve início no Brasil, por meio de uma iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde que, numa ação conjunta com a Secretaria de Estado da Segurança Pública, propuseram-se a atender todas as solicitações de socorro urgente que entrassem pelo número telefônico 193 (MARÍLIA, 2003).

Em 1990, outro modelo de APH foi implantado o “Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência” (SIATE). Com o fim do SAMDU, os serviços de emergências enviavam as ambulâncias para remoção de pacientes em situações críticas, esses profissionais (motorista e padioleiro) não tinham o preparo específico (TIMERMAN, 2000).

Um acordo bilateral assinado entre o Brasil e França para a criação do SAMU, utilizou-se como ponto forte a presença do médico na ambulância, diferentemente do modelo americano, que utiliza paramédicos. Porém, o treinamento foi teoricamente embasado nas diretrizes do

Prehospital Trauma Life Support (PHTLS) e do *Advanced Cardiac Life Support* (ACLS) (SANTOS et al., 2003; JARDIM, 2008).

O APH no Brasil sofreu influência dos modelos americano e francês, porém atualmente visando à unificação da estrutura e melhoria da assistência, optou por seguir o modelo francês, que é centralizado em uma rede de comunicações e baseado na regulação médica, onde todas as chamadas passam por avaliação médica, definindo o melhor recurso a ser utilizado (LÓPEZ, 1989; FERRARI, 2006). A escolha do modelo utilizado é de grande importância, por isso vem sendo avaliada há anos (FERNANDES, 2004).

Os serviços de APH, atualmente, tem como ênfase medidas preventivas, redes de atendimento pré-hospitalar, serviços assistenciais hospitalares hierarquizados e centros de reabilitação (BRASIL, 2002; FERNANDES, 2004; FERREIRA, 1999).

O APH é dividido em suporte básico (SBV) e suporte avançado de vida (SAV). O SBV é oferecido a vítimas com risco de morte desconhecido por profissionais de saúde, por meio de medidas conservadoras e não-invasivas. O SAV é oferecido por profissionais médicos onde há risco de morte, por intermédio de medidas não invasivas ou invasivas (TIMERMAN, et.al., 2007; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005; SANTANA, et. al., 2016).

2.2 A organização do atendimento às urgências e seus diferentes modelos de atenção.

Os serviços de urgência e emergência nos últimos anos vem sofrendo intensa pressão demanda entre outras questões, pelo crescimento demográfico, com transição epidemiológica devido ao envelhecimento populacional, pelo aumento expressivo das situações de urgência decorrentes das afecções crônicas não transmissíveis, da morbimortalidade por doenças

cardiovasculares e causas externas, principalmente os traumas decorrentes de acidentes de transporte, das complicações decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, e da violência. Além disso, somam-se ainda as mudanças econômicas e da excessiva utilização dos serviços de urgência como porta de entrada, o que tem obrigado os diversos países a desenvolver seus sistemas para o enfrentamento de urgências (SCARPELINI, 2007; CABRAL; SOUZA, 2008; (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; SANTOS et al., 2013).

Observa-se que esse aumento constante na demanda por serviços de urgência gera uma consequente pressão sobre as estruturas e profissionais em um sistema de difícil equilíbrio. Em virtude dessa realidade emerge o reconhecimento da demanda por organização e qualificação da atenção às situações de urgências, onde os sistemas acabam sendo organizados sob modelos distintos (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; SANTOS et al., 2013; MENDES, 2011; MARQUES, 2014).

Tais sistemas consistem em estruturas abrangentes que fornecem arranjos de pessoal, instalações e equipamentos para uma efetiva, coordenada e rápida oferta de serviços de saúde com atendimento seguro para vítimas de doenças ou lesões agudas. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), os Sistemas Médicos de Emergência (EMS) são uma parte integrante de qualquer sistema de cuidados de saúde eficaz e funcional. Seu objetivo se concentra em fornecer atendimento oportuno às vítimas de ferimentos e emergências súbitas com risco de óbito para evitar mortalidade evitável ou morbidade a longo prazo (MOORE, 1999; AL-SHAQSI, 2010).

Esses sistemas, que incluem abordagem pré-hospitalar e hospitalar, segundo a maioria dos autores teve o ambiente pré-hospitalar desenvolvido em torno de dois modelos principais de EMS com características distintas, sendo estes o modelo anglo-americano e o franco-germânico

(MINAYO; DESLANDES, 2008; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; AL-SHAQSI, 2010).

O modelo franco-germânico baseia-se na filosofia de permanência e estabilização no atendimento em cena (*stay and play*), permitindo o início precoce da terapêutica, com uma perspectiva de levar recursos anteriormente somente utilizados no ambiente hospitalar aos pacientes. Trata-se de um modelo baseado na atividade médica diretamente relacionada ao atendimento, sendo geralmente administrado por estes profissionais que por sua vez possuem vasto alcance de prática com tecnologia avançada (DYKSTRA, 1997; HUIYI, 2007; AL-SHAQSI, 2010).

Neste modelo o médico que está na Central de Regulação de Urgência assume o papel de Regulador, atendendo as demandas telefônicas determinando a gravidade ou risco presumido da situação e o recurso móvel disponível mais adequado à complexidade do caso, enquanto outros médicos assumem o atendimento em cena nas unidades móveis, pois as equipes multiprofissionais que prestam atendimentos no local são comandadas por estes médicos. Aos bombeiros cabe o resgate de vítimas com lesões de baixa gravidade e manobras para a liberação nos casos de encarceramento (DYKSTRA, 1997; ARNOLD, 1999; ADNET; LAPOSOLLE, 2004; DUCASSE; BATTEFORT; BLEICHNER, 2006; SCARPELINI, 2007).

A ambulância com maior capacidade de resolução, chamada de Unidade de Terapia Intensiva Móvel, também é tripulada por um médico, que tem a função de iniciar o processo diagnóstico e terapêutico, mas o modelo utiliza mais de outros métodos de transporte ao lado das ambulâncias terrestres, como helicópteros e ambulâncias costeiras (SCARPELINI, 2007; AL-SHAQSI, 2010).

Este modelo geralmente é uma parte de um sistema de saúde mais amplo, onde o transporte do paciente se realiza após a discussão com a regulação, que define o serviço de saúde, geralmente de nível hospitalar mais adequado para o tratamento definitivo (GOMES, 2004; AL-SHAQSI, 2010).

A filosofia *stay and play* permite o início precoce de algumas medidas terapêuticas, muitas vezes fundamentais para a boa evolução do paciente. Esta filosofia é amplamente utilizada na Europa, tendo início na França em 1959, onde o atendimento de emergência pré-hospitalar é quase sempre fornecido por médicos de emergência que, uma vez presentes no campo, têm autoridade para fazer julgamento clínico complexo e tratar os pacientes, sendo assim muitas vítimas são tratadas no local do incidente, motivo pelo qual o modelo recebe críticas com relação ao atendimento ao trauma, particularmente aqueles graves que em sua grande maioria necessitam de tratamento cirúrgico, e pouco pode ser feito do ponto de vista terapêutico na cena do acidente. Além disso, o retardo no transporte para o local de tratamento definitivo, em geral cirúrgico, pode ser fatal (SCARPELINI, 2007; AL-SHAQSI, 2010).

Neste modelo, a Medicina de Emergência, considerada uma atividade interdisciplinar, em geral não requer formação especializada, e o componente hospitalar praticamente inexistente, pois nesse modelo são poucos os hospitais que comportam serviços específicos de urgências e emergências (DYKSTRA, 1997; ARNOLD, 1999; ADNET; LAPOSOLLE, 2004; DUCASSE; BATTEFORT; BLEICHNER, 2006).

Atualmente este modelo é encontrado em diversos países além da França e Alemanha, como Espanha, Grécia, Malta, Portugal, Áustria e alguns países da África e América Latina (SCARPELINI, 2007; AL-SHAQSI, 2010).

O modelo anglo-americano, possui uma atenção regionalizada e constituída basicamente por dois componentes: o hospitalar, representado por serviços propriamente ditos (Emergency Medicine), e o componente pré-hospitalar, com os denominados Serviços Médicos de Emergência (Emergency Medical Services), compostos por equipes de profissionais não médicos especializados (Emergency Medical Technician e Paramedics), que prestam atendimento por meio de ambulâncias no local da ocorrência. Em contraste com o modelo franco-germânico, a proposta deste modelo é de remoção rápida do paciente do local de atendimento para o hospital com menos intervenções pré-hospitalares, - *scoop and run* (DYKSTRA, 1997; ARNOLD, 1999; GUSMÃO FILHO, 2008; AL-SHAQSI, 2010).

Possui como frequentes aliados os serviços de segurança pública, como policiais ou departamentos de bombeiros, em vez de serviços de saúde pública e hospitais, os técnicos de emergência médica (EMTs) e os paramédicos treinados realizam a abordagem com um controle clínico. Depende fortemente da ambulância terrestre e menos em evacuação aeroespacial ou ambulância costeira (AL-SHAQSI, 2010).

Nesse modelo, a atuação de médicos se restringe aos hospitais e a especialidade de médico emergencista é reconhecida. Embora trata-se de um modelo norte-americano, também é adotado pelo Reino Unido e por outros países de influência britânica, como Canadá, Austrália e Nova Zelândia (DYKSTRA, 1997; ARNOLD, 1999).

Tais modelos, em suas particularidades, apresentam bons resultados, e contribuem significativamente diminuindo a morbidade e mortalidade, não havendo comprovação de maior eficácia de um determinado tipo (PINET, 2005; PONZER, et. al., 2004; SCARPELINI, 2007).

Se o atendimento pré-hospitalar deve envolver a intervenção na cena ou transferência simples para um hospital tem sido uma discussão controversa que, embora sustentada ao longo do tempo está desaparecendo, com o crescente entendimento de que há uma série de intervenções significativas, de tempo crítico, que podem ser empregadas de forma segura antes do hospital, interrompendo processos patológicos e melhorando os resultados subsequentes (WILSON et al., 2015).

A compreensão de que o início precoce de algumas medidas terapêuticas é reconhecidamente relevante para a boa evolução de algumas emergências clínicas, mas não para o atendimento ao trauma, sob a alegação de que pouco pode ser feito, do ponto de vista terapêutico na cena do acidente, segundo Wilson et al., (2015) vem se modificando, afinal muitas intervenções podem ser realizadas durante a transferência para o hospital, e de 15-32% das mortes por trauma podem ser evitadas com um bom gerenciamento pré-hospitalar. Tradicionalmente, a pesquisa sobre a fase hiperaguda (a primeira hora) da doença tem sido muito difícil, principalmente porque os médicos raramente estão presentes e as questões de consentimento, conveniência de transporte e recursos de pesquisa. No entanto, é vital permitir a transferência de procedimentos do hospital para a fase pré-hospitalar, pois este é um período crucial, quando a patologia irreversível e a lesão secundária ao tecido neuronal e cardíaco pode ser prevenida. Os exames *point of care* de dosagem de troponina, equilíbrio ácido-base e coagulação podem permitir medidas avançadas em cena antes da remoção do paciente. Os exames *point of care* de imagem podem ser utilizados em cena, particularmente com ultrassom portátil que pode permitir que os médicos façam o diagnóstico com precisão de patologias traumáticas ou não traumáticas. Técnicas avançadas podem permitir um melhor controle de

hemorragia (por exemplo, melhorias de ressuscitação por oclusão por balão endovascular da aorta) ou oxigenação sanguínea extracorpórea por membrana (WILSON et al., 2015).

A grande questão segue no retardo para o local de tratamento definitivo, pois a integração subsequente do cuidado ao longo da linha de cuidado do paciente, o pré-alerta e o rastreamento rápido de intervenções significativas iniciais no departamento de emergência é crucial para maximizar a sobrevivência do paciente e minimizar a morbidade e sequelas (WILSON et al., 2015).

Nesse contexto, embora as distinções categóricas entre esses dois modelos tenham ficado bem evidentes durante a década de 1970 até o final do século XX, atualmente observa-se que a maioria dos sistemas em todo o mundo tem composições variadas de cada um desses modelos (MINAYO; DESLANDES, 2008; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011; AL-SHAQSI, 2010).

O modelo brasileiro, nessa perspectiva é considerado híbrido, associando características dos modelos franco-germânico e anglo-americano, tendo seu componente pré-hospitalar fortemente inspirado no modelo francês, prestando atendimento por meio de ambulâncias medicalizadas (TANNEBAUM et al., 2001; SANTOS et al., 2003; MINAYO; DESLANDES, 2008).

2.3 A organização do Sistema Brasileiro de Atenção às Urgências e Emergências.

A atenção às urgências tornou-se prioridade federal no Brasil em consequência do enorme desgaste vigente nos serviços hospitalares de urgência, entretanto, a construção de um SAUE de

âmbito nacional foi um processo complexo, demorado e permeado por vários acontecimentos (O'DWYER et al., 2017)

Um marco nesse processo de construção foi o surgimento em 1995 da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), uma associação da sociedade civil sem fins lucrativos composta por profissionais de gestão, gerenciamento e atenção às urgências médicas no País, que buscavam a formulação e aplicação das políticas, assim como o desenvolvimento de redes, gerenciais e de trabalho no campo das urgências. Assim, no ano de 2000, profissionais pertencentes à RBCE mostraram em um congresso a falta de regulação sobre o tema e, a partir de então, um grupo de trabalho estabeleceu junto ao Ministério da Saúde. Este grupo criou as bases conceituais que instituíram a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), iniciando a discussão sobre esse nível de atenção com ampla participação de profissionais e gestores (O'DWYER, 2010; DIAS, 2016; O'DWYER et al., 2017).

O Conselho Federal de Medicina também contribuiu publicando a Resolução CFM 145 em 1995 determinando as normas mínimas para composição e funcionamento de serviços de pronto-socorro públicos e privados do país. Esta resolução trouxe as definições de urgência (“a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata”) e de emergência (“a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, o tratamento médico imediato”) (CFM, 1995).

Considerando a alta morbimortalidade relacionada à violência e aos acidentes de trânsito no Brasil e no mundo, um pontapé inicial para organização de um sistema, foi o surgimento da Portaria nº 737/2001, do Ministério da Saúde, que promulgou a Política Nacional de Redução da

Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), estabelecendo diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, caracterizando-se como um instrumento orientador da atuação do setor saúde (BRASIL, 2005; DIAS, 2016).

Em 2002, foi também aprovada a Portaria nº 344, de 19 de fevereiro, com aprovação do “Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde” no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo era implementar ações de promoção da saúde e de prevenção de acidentes de trânsito, mediante a mobilização do setor saúde, prefeituras e sociedade civil organizada, no sentido de promover mudança de hábitos, atitudes, valores culturais e situações ambientais que interferem na ocorrência dos acidentes de trânsito (BRASIL, 2002).

O estrangulamento dos serviços de saúde, principalmente, nas urgências dos grandes centros urbanos tendo um aumento exorbitante de internações por causas externas e desorganização dos fluxos assistenciais fez com que os gestores, juntamente ao Ministério da Saúde, formassem mais ajustes nas leis, surgindo assim algumas regulamentações em direção a construção de uma Política Nacional de Atenção às Urgências (DIAS, 2016).

Em sequência, no período entre 1998 e 1999, surgiram algumas regulamentações contendo normas pontuais para a implantação dos sistemas estaduais para atendimento de urgência, com a Portaria GM nº 2923/1998, que instituiu o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência, e a Portaria GM nº 479/1999, criando mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de

referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999a).

A partir de 1999, a atenção às urgências passa a ser regulamentada pelo Ministério da Saúde (MS), considerando a necessidade de ordenar o acesso ao atendimento às urgências com garantia de acolhimento, primeira atenção qualificada e resolutiva para os casos de baixa e de média complexidade, estabilização quando necessária, e referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS, por meio de acionamento e intervenção das centrais de Regulação Médica (SANTOS et al., 2003).

Nesse mesmo período surgiu a publicação da primeira regulamentação voltada para o atendimento pré-hospitalar móvel, com a Portaria GM nº 824/1999, aprovando a normatização de atendimento pré-hospitalar em âmbito nacional, e ainda a Portaria GM nº 814/2001 estabelecendo conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências, e a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como daqueles que viessem a ser criados no País. Ainda que não existisse uma política nacional estruturada para a área, debates subsidiaram sua formulação, como as discussões sobre experiências internacionais, de municípios específicos e do Corpo de Bombeiros no atendimento às urgências no País (BRASIL, 1999b; BRASIL, 2001; MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Em 2003 foi implantada no Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2006). A Atenção às Urgências proposta nesta política, enfatiza em primeira instância a humanização a que todo cidadão tem direito, organizando a assistência desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família, até os cuidados pós-hospitalares na convalescença,

recuperação e reabilitação. Nesse mesmo ano, um acontecimento fundamental para apoio a implantação e efetivação dessa política e gestão da atenção às urgências foi a criação da Coordenação Geral de Urgência e Emergência (CGUE), no âmbito do Ministério da Saúde (MENDES, 2009; O'DWYER, 2010).

Várias Portarias marcam esse processo, entretanto, a Portaria nº 2048/2002 merece especial destaque, pois consiste em marco regulatório para o nosso SAUE, que traz o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, e que entre suas considerações, ressalta que a área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Em seu escopo, regulamenta o atendimento dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência; estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência (BRASIL, 2002).

No ano seguinte, o setor de Urgência e Emergência dá mais um passo à frente, por meio da Portaria nº 1863/2003, instituindo a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) a ser implantada em todas as unidades federadas, definindo as competências das três esferas de gestão, e a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, por meio da implantação e implementação dos serviços de atenção básica e saúde da família, unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, pré-hospitalar móvel, portas hospitalares de atenção às urgências, serviços de atenção domiciliar e reabilitação integral no País (BRASIL, 2003a; SANTOS et al., 2003).

Em sequência foi também publicada a Portaria GM nº 1864/2003, considerando que as urgências precisavam de um olhar mais específico e, assim, instituiu o componente pré-hospitalar

móvel como primeira etapa da PNAU, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do SUS (BRASIL, 2003b).

Essa portaria surge considerando a baixa cobertura populacional e a insuficiente oferta de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel com estrutura e funcionamento adequados à legislação vigente (BRASIL, 2003b; DIAS, 2016).

Outra regulamentação que merece ser ressaltada nesse cenário de construção da PNAU, é Portaria nº 2.072 de 30 de outubro de 2003 que institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências, definindo suas atribuições e responsabilidades, ressaltando que deva ser composto por representações de vários órgãos e instituições envolvidas na Atenção às Urgência para se promover discussões e melhoria nesse setor (BRASIL, 2003c; MENDES, 2009).

Em 2004, é implantado o Decreto nº 5.055, de abril de 2004, que institui o SAMU em municípios e regiões do território nacional e estabelece o processo de adesão para esse tipo de serviços, ressaltando-se que em seu Art. 2º, estabeleceu o acesso nacional pelo número telefônico único – 192, exclusivo para as centrais de regulações médicas, em um acordo com a Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL), permitindo a gratuidade das ligações à população em situações de emergência (BRASIL, 2004a).

Com o incentivo para expansão do SAMU em Municípios e regiões do território nacional pelo Decreto nº 5.055/2004. Também foram publicadas a Portaria GM nº 1828/2004, que estabelece o incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em Estados, municípios e regiões de todo o território nacional e a Portaria nº 1927/2004 que estabelece incentivo financeiro aos Estados e municípios qualificados pelo

Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência no território nacional (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c).

A fim de garantir mais autonomia às Centrais de Regulação e organizar os fluxos de encaminhamentos, promulgou-se a Portaria GM nº 2.657/2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192 e a Central de Regulação Médica das Urgências. Também determinou que a Central de Regulação garanta escuta permanente pelo Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que ocorram, e o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, funcionando como um observatório privilegiado da saúde (BRASIL, 2004d).

Ainda em 2004, como uma das regulamentações relevantes para PNAU, tem-se a Portaria GM nº 2420/2004, que constituiu o Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS na abordagem dos episódios de morte súbita (BRASIL, 2004d).

Em conformidade com o Plano Nacional de Saúde, foi definida a chamada Política de Qualificação da Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde, denominada QualiSUS, por meio da Portaria GM nº 3.125/2006, cujas linhas de ação incluíam a Qualificação do Sistema de Urgência, tornando-se uma prioridade dessa Política, tendo como argumento que o atendimento de urgências nas grandes cidades é um dos pontos mais vulneráveis nos serviços de saúde, pois a grande maioria não estão devidamente organizadas para esse tipo de atendimento (BRASIL, 2006; MENDES, 2009).

Em 2008, emergem ainda a Portaria nº 491/2008, que institui a Câmara de Assessoramento Técnico à CGUE/DAE/SAS/MS, para desenvolvimento de estudos, elaboração de descritivos técnicos e termos de referência, voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU, e a Portaria nº 2922/2008 que estabelece diretrizes para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências, define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e Salas de Estabilização (SE) em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes (BRASIL, 2008a e BRASIL, 2008b).

Considerando a necessidade de extensão da cobertura do SAMU, e de ampliação ao acesso e a abrangência do serviço. Considerando ainda Portaria GM nº 399/2006, que divulga o Pacto pela Vida e que vem trabalhando a regionalização de serviços e sistemas de saúde como um dos pilares para a efetivação das diretrizes do SUS de universalidade, integralidade e equidade, surge também a Portaria GM nº 2970/2008, que definiu as diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU (BRASIL, 2008c)

Reconhecendo a necessidade de chegar ao cidadão nos primeiros minutos após o agravo, compreendendo que quanto menor o tempo resposta menor a morbimortalidade, além da disponibilização de ambulâncias em território brasileiro foi instituído pela Portaria nº 2.971, de 8 de dezembro de 2008, o veículo Motolância como integrante da frota de intervenção do SAMU 192, e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio (BRASIL, 2008d).

Considerando a expansão da Rede Nacional SAMU 192 e a necessidade de dar retaguarda adequadamente estruturada, qualificada e pactuada ao atendimento pré-hospitalar móvel, e a

prioridade de pactuação de diretrizes para financiamento de ações voltadas à organização da rede de atenção à urgência e emergência, a Portaria GM nº 1020/2009 surge estabelecendo diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo - UPA, visando a organização de redes locais e regionais de atenção integral às urgências (BRASIL, 2009).

Diante de tantas mudanças no cenário de atenção à saúde, na organização dos atendimentos às urgências e das necessidades da reorganização dos serviços frente à demanda e ao perfil dos atendimentos da saúde no Brasil e, considerando o avanço no processo de implementação do SUS com a evidente necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, foi instituída a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que determina a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde no país. Para isto foi necessário a reformulação da PNAU e, assim em 2011 foi expedida a Portaria nº 1.600, que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a).

No seu Art. 4º, a Portaria nº 1600 traz a composição da Rede de Atenção às Urgências (RAU) formadas por: I - Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II - Atenção Básica em Saúde; III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; IV - Sala de Estabilização; V - Força Nacional de Saúde do SUS; VI - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; VII - Hospitalar; e VIII - Atenção Domiciliar (BRASIL, 2011a).

Para implantação do SAMU 192 e sua Central de Regulação Médica das Urgências, como componente da RAU, e considerando a diversidade dos serviços implantados quanto à abrangência populacional e à extensão territorial, e a necessidade de extensão da cobertura do seu

atendimento, surge a Portaria GM nº 2026/2011 e, logo em sequência, a Portaria nº 2301/2011, que alterou os arts. 35 e 40 da Portaria nº 2.026/2011 (BRASIL, 2011b e BRASIL, 2011c).

Em 2012, surge a Portaria GM nº 1010, de 21 de maio, que trouxe mudanças para as Centrais de Regulação e as unidades do SAMU, redefinindo 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, trazendo a definição de vários termos para melhor compreensão da composição e função das Centrais de Regulação e das próprias bases do SAMU-192 e o processo de Regionalização (BRASIL, 2012).

Além disso, a Portaria 1.010 definiu os valores de incentivos financeiros para custeio, com melhoria destes, para cada tipo de suporte de atendimento, como também para manutenção das Centrais de Regulação (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 1.792, de 22 de agosto de 2012, institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre as Centrais de Regulação de Consultas e Exames, ou outra tipologia que vier a substituí-las, e/ou Centrais de Regulação de Internações Hospitalares. Porém, no ano seguinte, revogou-se os valores de incentivos financeiros por meio da Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013, aumentando-os de acordo com quantidade populacional para a manutenção ou criação das Centrais de Regulação, como também, para custeio de ambulâncias, mostrando uma atenção e olhar voltado às necessidades do serviço através da melhoria desses repasses (BRASIL, 2013).

Considerando a Portaria nº 804/SAS/MS, de 28 de novembro de 2011, que estabeleceu a necessidade de identificar no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES) as Centrais de Regulação Médica das Urgências e as equipes de atendimento das

unidades de suporte básico, suporte avançado, atendimento aéreo, ambulância, motolância e veículo de intervenção rápida, surge a Portaria nº 356/2013, que definiu a Central de Regulação das Urgências como estrutura física constituída por profissionais capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, e ordenam o fluxo efetivo das referências e contra referências dentro de uma Rede de Atenção, determinando sua classificação em três subtipos: 1) ESTADUAL, utilizado para Central de Regulação de Gestão Estadual, tendo como abrangência de atendimento diversos municípios que não tem Central de Regulação das Urgências dentro do Estado; 2) REGIONAL para Central de Regulação de Gestão Municipal, tendo como abrangência de atendimento mais de um município em conformação regional, que não tem Central de Regulação das Urgências; e 3) MUNICIPAL, para Central de Regulação de Gestão Municipal, tendo como abrangência de atendimento apenas o próprio município.

Diante dessa uma série histórica de Portarias e Regulamentações, observa-se que temos uma SAUE ainda em construção e com necessidades de ajustes, uma vez que mesmo depois de tantas alterações ainda caminhamos de forma inadequada em termos de qualidade e resolubilidade. Essa grande quantidade de publicações em um curto período de tempo, levando um documento a revogar o que teria sido publicado em outro de certa forma recente, embora seja para garantir melhorias no sistema, imprimiu grandes alterações que podem dificultar o acompanhamento de tudo que está sendo preconizado. Além disso, pouco se tem de registro sobre os impactos de tantas modificações e do próprio atendimento ofertado dentro dos parâmetros preconizados.

O Quadro 1 descreve a relação das principais Legislações Federais que estabelecem relação com Política Nacional de Urgências que foi sendo construída paulatinamente, definindo a situação atual de cada uma, se vigente ou revogada de forma parcial ou completa.

INSTRUMENTO	DATA DE PUBLICAÇÃO	EMENTA	SITUAÇÃO
PORTARIA 2923	09/06/1998	institui o programa de apoio a implantação dos sistemas estaduais de referencia hospitalar para atendimento de urgência e emergência.	revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
PORTARIA 824	15/04/1999	cria mecanismos para a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar e m atendimento de urgências e emergências.	revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
PORTARIA 737	16/05/2001	aprova a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.	revogada pela portaria de consolidação nº 2/2017
PORTARIA 814	01/06/2001	estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da regulação médica das urgências.	revogada pela portaria nº 2048, de 5 de novembro de 2002
PORTARIA 344	19/02/2002	aprova na forma do anexo desta portaria, o "projeto de redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito-mobilizando a sociedade e promovendo a saúde" no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada pela portaria de consolidação nº 5/2017
PORTARIA 2048	05/11/2002	aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência.	vigente
PORTARIA 1863	29/09/2003	institui a política nacional de atenção às urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.	revogada pela portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011
PORTARIA 1864	29/09/2003	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.	revogada pela prt gm/ms nº 1.010 de 29.09.2012)
PORTARIA 2072	30/10/2003	institui o comitê gestor nacional de atenção às urgências.	vigente
DECRETO 5055	28/04/2004	institui o serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras	vigente

		providências.	
PORTARIA 1828	02/09/2004	institui incentivo financeiro para adequação da área física das centrais de regulação médica de urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.	vigente
PORTARIA 1927	15/09/2004	estabelece incentivo financeiro aos estados e municípios, com serviços de atendimento móvel de urgência - SAMU 192, qualificados pelo ministério da saúde, para a adequação de áreas físicas das centrais de regulação médica de urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.	vigente
PORTARIA 2420	09/11/2004	constitui grupo técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.	vigente
PORTARIA 2657	16/12/2004	estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais SAMU-192.	vigente
PORTARIA 3125	07/12/2006	institui o programa de qualificação da atenção hospitalar de urgência no sistema único de saúde - programa Qualisus e define competências.	vigente
PORTARIA 1559	01/08/2008	institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.	revogada pela portaria de consolidação nº 5/2017
PORTARIA 491	09/09/2008	institui a câmara de assessoramento técnico à coordenação-geral de urgência e emergência, do departamento de atenção especializada, da secretaria de atenção à saúde, do ministério da saúde – CGUE/DAE/SAS/MS	vigente
PORTARIA 2922	02/12/2008	estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da política nacional de atenção às urgências.	revogada pela prt gm/ms nº 1.601 de 07.07.2011
PORTARIA 2970	08/12/2008	institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da rede nacional SAMU 192.	revogada pela prt gm/ms nº 1.010 de 29.09.2012
PORTARIA 2971	08/12/2008	institui o veículo motocicleta - motolância como integrante da frota de intervenção do serviço de atendimento móvel de urgência em toda a rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização.	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 3 e 6 ambas de 2017

PORTARIA 2972	09/12/2008	orienta a continuidade do programa de qualificação da atenção hospitalar de urgência no sistema único de saúde - programa Qualisus, priorizando a organização e a qualificação de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.	vigente
PORTARIA 1020	13/05/2009	estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a política nacional de atenção às urgências.	revogada pela prt gm nº 2.648 de 07.11.2011
PORTARIA 4279	30/12/2010	estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
PORTARIA 1600	07/07/2011	reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
RESOLUÇÃO 443	18/07/2011	aprovar a criação da Força Nacional de saúde do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), sob a gestão do ministério da saúde.	vigente
PORTARIA 2026	24/08/2011	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.	revogada pela portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012
PORTARIA 2301	29/09/2011	altera os arts. 35 e 40 da portaria nº 2.026/gm/ms, de 24 de agosto de 2011, que aprova as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192).	revogada pela portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012
PORTARIA 2338	03/10/2011	estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente sala de estabilização (SE) da rede de atenção às urgências.	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 3 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 2395	11/10/2011	organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada parcial pela portaria nº 2.809, de 7 de dezembro de 2012 e pelas portarias de consolidação numero 3 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 804	28/11/2011	na tabela de tipo de estabelecimentos do SCNES, alterar a descrição do tipo 42 - unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência e emergência para unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência.	revogada pela portaria nº 356, de 8 de abril de 2013

PORTARIA 1010	21/05/2012	redefine as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e sua central de regulação das urgências, componente da rede de atenção às urgências.	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 5 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 1663	06/08/2012	dispõe sobre o programa SOS - Emergências no âmbito da rede de atenção às urgências e emergências (RUE).	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 5 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 1792	22/08/2012	institui incentivo financeiro de custeio destinado às centrais de regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada pela portaria de consolidação numero 6 de 2017
PORTARIA 2809	07/12/2012	estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à rede de atenção às urgências e emergências (RUE) e às demais redes temáticas de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 3 e 6 ambas de 2017
PORTARIA 342	05/03/2013	redefine as diretrizes para implantação do componente unidade de pronto atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da rede de atenção às urgências e emergências (RUE), em conformidade com a política nacional de atenção às urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA nova) e UPA 24h ampliadas (UPA ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.	revogada pela portaria nº 10 de 3 de janeiro de 2017
PORTARIA 356	08/04/2013	define o cadastramento, no SCNES, das centrais de regulação das urgências e das unidades móveis de nível pré-hospitalar de urgências pertencentes ao componente samu192 da rede de atenção as urgências.	vigente
PORTARIA 1208	18/06/2013	dispõe sobre a integração do programa melhor em casa (atenção domiciliar no âmbito do SUS) com o programa SOS- Emergências, ambos inseridos na rede de atenção às urgências.	revogada pela portaria nº 825, de 25 de abril de 2016
PORTARIA 1473	18/07/2013	altera a portaria nº 1.010, 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.	revogada pela portaria nº 2.501, de 28 de setembro de 2017

PORTARIA 10	04/01/2017	redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de upa 24h de pronto atendimento como componente da rede de atenção às urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	revogada parcial pelas portarias de consolidação numero 3 e 6 ambas de 2017
-------------	------------	--	---

Quadro 1. Relação das principais Legislações Federais que estabelecem relação com Política Nacional de Urgências. Fonte: Sistema SaudeLegis. Elaboração do autor. **Legenda:** QualiSUS: Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde. CGUE/DAE/SAS/MS: Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde. UPA: Unidades de Pronto Atendimento. SE: Salas de Estabilização.

2.4 A evolução da cobertura populacional e situação atual do SAMU 192 e Centrais de Regulação no Brasil.

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número 192 e acionado por uma Central de Regulação das Urgências. O Ministério da Saúde vem concentrando esforços no sentido de implementar a Política Nacional de Atenção às Urgências, da qual o SAMU 192 é componente fundamental. Tal política prioriza os princípios do SUS, com ênfase na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas que permitam a organização da atenção, com o objetivo de garantir a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

A cobertura populacional do SAMU 192 têm crescido muito desde o início das portarias que estimularam a criação destes serviços em todo o território nacional. Machado et al (2011) mostraram que a cobertura populacional cresceu rapidamente a cada ano: 7,8% (2004), 24,3% (2005), 33% (2006), 49% (2007) e 52,9% (2008). A Figura 1 mostra o aumento da cobertura populacional de 2012 a 2017, chegando a 79,37%.

Figura 1. Evolução do percentual de cobertura populacional do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2012 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.

Até o final de 2017, mais 134 municípios que ainda não possuem o SAMU 192 serão beneficiados, com previsão da cobertura chegar a 84,1% da população, ou seja, 173 milhões de brasileiros.

A Figura 2 mostra a evolução geográfica da cobertura populacional do SAMU 192 em todo território brasileiro em 2012 e 2017. Mais da metade da população reside em 20,5% dos municípios do País e assim podemos ver que as capitais e regiões metropolitanas de todos os estados possuem a cobertura do SAMU 192. Entre 2012 e 2017 destaca-se o crescimento da cobertura populacional pelo SAMU 192 nos Estados do Amazonas, Roraima, Pará, Ceará, oeste do Mato Grosso do Sul, sul de Minas Gerais e oeste do Paraná.

Figura 2. Evolução geográfica da cobertura populacional do SAMU 192 em todo território brasileiro em 2012 (A) e 2017 (B). Fonte: Portal da SAGE (Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde).

A população abrangida pelo SAMU distribui-se de forma variada pelo território nacional. Isso se relaciona ao fato de a implantação descentralizada da estratégia depender da adesão de Estados e/ou municípios, que têm situações diferenciadas quanto à distribuição populacional no território, oferta e organização prévia do sistema de saúde, priorização e capacidade de implantação do SAMU, em face das responsabilidades de gestão, co-financiamento e operacionalização.

O número de municípios abrangidos pelo SAMU 192 aumentou de 2764 (40,1%) em 2013 para 3385 (60,8%) em 2017, de um total de 5570 municípios em todo o país. A maioria das ambulâncias no País em 2017 é de suporte básico (2505), sendo que outras 571 (18,6% do total) são de suporte avançado. A intenção é que todas as ambulâncias com mais de 4 anos de uso estejam aptas a serem substituídas, o que trará maior segurança de que o socorro estará disponível e economia na manutenção dos veículos. A Figura 3 mostra a evolução do número de municípios e das unidades móveis (ambulâncias básicas e avançadas) do SAMU 192 entre 2013 e 2017.

Figura 3. Evolução do número de municípios e das unidades móveis (ambulâncias básicas e avançadas) habilitadas do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2013 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.

A Figura 4 mostra a evolução numérica de unidades móveis (motolância, embarcações e veículos aeromédicos) entre 2013 e 2017.

Figura 4. Evolução das unidades móveis (motolâncias, embarcações e aeromédicos) habilitadas do SAMU 192 em todo o território nacional entre 2013 e 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.

A Figura 5 mostra a distribuição do número de unidades móveis (ambulâncias, motolâncias, embarcações e aeromédicos) habilitadas do SAMU 192 em cada estado do país em 2017.

Figura 5. Distribuição do número de unidades móveis (ambulâncias, motolâncias, embarcações e aeromédicos) habilitadas do SAMU 192 em cada estado do país em 2017. Fonte: CGUE/SAS/MS.

Para estimular este processo de expansão do SAMU 192 em todo o país, o Ministério da Saúde nas várias portarias sucessivas desde 2002, garantiu investimentos tanto para aquisição de equipamentos e adequação da área física, quanto para custeio mensal das equipes de suporte básico e avançado, bem como no repasse de ambulâncias compradas. Os valores mais atuais do incentivo financeiro de custeio de fonte federal para as centrais de regulação de urgência e das equipes do SAMU dos diversos tipos de unidades móveis foram definidos na Portaria nº 1010 (21 de maio de 2012), mostrados na Tabela 1, sendo que alguns deles foram reajustados em portarias subsequentes.

ITEM	REPASSE FINANCEIRO
Construção de novas Centrais de Regulação das Urgências ou ampliação das mesmas já existentes.	R\$350.000,00
Aquisição de materiais e mobiliário para as Centrais de Regulação das Urgências – Médico Regulador, Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica e Rádio-Operadores.	R\$29.128,00
Aquisição de equipamentos de tecnologia de Rede de Informática.	R\$110.932,21
Reforma das Centrais de Regulação das Urgências já existentes e que pretendam se regionalizar.	R\$150.000,00
Unidade de Suporte Básico de vida terrestre – Habilitada.	R\$13.125,00*
Unidade de Suporte Básico de vida terrestre – Habilitada e Qualificada.	R\$21.919,00*
Unidade de Suporte Avançado de vida terrestre – Habilitada.	R\$38.500,00*
Unidade de Suporte Avançado de vida terrestre – Habilitada e Qualificada.	R\$48.221,00*
Motolância – Habilitada.	R\$7.000,00*
Motolância – Habilitada e Qualificada.	R\$7.000,00*
Custeio das Centrais de Regulação das Urgências – Habilitada.	R\$64.000,00
Custeio das Centrais de Regulação das Urgências – Habilitada e Qualificada.	R\$106.880,00

Tabela 1. Itens de repasse financeiro segundo as Portarias nº1010, de 21 de maio de 2012 do Ministério da Saúde.

*Repasse mensal. Ribeirão Preto, 2017.

Como o estímulo à regionalização do SAMU, mesmo com valores de custeio das equipes aquém dos valores de mercado, existem experiências de organização entre os municípios para garantir contrapartidas que venham possibilitar o alcance dos valores necessários. Uma das formas interessantes e bem empregadas para conseguir que tais recursos sejam complementados tem sido através dos consórcios intermunicipais, conforme descrito abaixo.

Os valores de custeio federal para o SAMU 192 de todo o país apresentou uma evolução anual que é mostrada na Figura 6, sendo que em 2004 foi de 28,5 milhões de reais, subindo para 137 milhões no ano seguinte e, a partir de 2015 tem atingido o valor de R\$ 1,2 bilhão/ano.

Figura 6. Evolução dos valores transferidos fundo a fundo para o programa SAMU 192 em todo o território nacional entre 2004 e 2017. Fonte: Fundo Nacional de Saúde - FNS/MS.

2.5 Consórcio público como ferramenta de parceria administrativa entre municípios

A discussão sobre a reforma do Estado brasileiro, que entrou na agenda política do País a partir da década de 1980, colocou em relevo o tema da descentralização, num cenário de desvalorização das formas centralizadas de governo, praticadas durante os anos de 1960 e 1970 (DOS SANTOS, DA LUZ JR, 2012). Como reação esse regime autoritário, caracterizado pela concentração de poder no governo central e por uma tendência à organização hierárquica das relações federativas, diversos setores da sociedade brasileira passaram a reivindicar a descentralização político-administrativa como forma de adequar o desenho das instituições públicas aos requisitos de uma democracia, objetivando fortalecimento e valorização dos ideais municipalistas (ROCHA, 2016)

A descentralização nesse cenário, tornou-se panacéia, sendo relacionada a uma multiplicidade de objetivos e significados, atrelados aos interesses e valores de cada seguimento envolvido. Segundo Rocha e Faria (2004), para a esquerda, o movimento significaria a democratização do poder político, uma vez que valorizaria as organizações comunitárias e os seus interesses específicos, pois estimulava a criação de mecanismos que possibilitavam à população o exercício da cobrança e fiscalização da ação do poder público. Já para os setores mais conservadores, ao transferir atribuições para os níveis subnacionais de governo, a descentralização significava a redução do tamanho e da abrangência do aparelho estatal, com consequente diminuição dos déficits.

De fato, era corrente a expectativa de que a descentralização ampliasse a eficácia e eficiência das funções administrativas públicas, considerando que permitiria uma maior proximidade entre os problemas sociais e as instâncias locais de decisão. Segundo essa linha de raciocínio, a participação e o acompanhamento daqueles diretamente interessados na provisão pública implicaria em maior racionalidade na definição das políticas públicas e a maior possibilidade de controle social sobre as ações governamentais, ampliando assim o *accountability* do setor público (ROCHA; FARIA, 2004).

Como era esperado, a partir então da promulgação da Constituição Federal de 1988, houve uma intensa descentralização de atribuições e de responsabilidades, onde os municípios adquiriam certo grau de autonomia político-administrativa para formulação e implementação das suas políticas públicas, diminuindo assim a sua dependência em relação ao Estado (SES-CE, 2010; DOS SANTOS, DA LUZ JR, 2012).

No caso brasileiro, a verdade é que a grande maioria dos municípios padecia, assim como hoje, de precariedade técnica, administrativa e financeira. Assim, no contexto da descentralização obteve-se uma tendência de fragilização na provisão de serviços estatais, por repassar prerrogativas para municípios sem condições de exercê-las integralmente e por fragmentar as ações públicas de forma a comprometer uma escala adequada da oferta de serviços.

Esse processo de descentralização no setor de saúde, nessa mesma lógica de precariedade, foi influenciado pela reforma fiscal de 1988, que teria ocasionado uma certa desigualdade na implementação do SUS nas diferentes regiões do país. A retração dos investimentos federais nessa área não foi compensada de maneira homogênea pela elevação de investimentos municipais, levando a implantação de um modelo de caótico de descentralização em substituição ao modelo defendido e anteriormente previsto para a implementação do SUS (VIANNA, 1996).

Portanto, apesar dessa primazia adquirida pelos municípios para execução de suas políticas públicas, nem todos possuíam na verdade condições técnicas ou financeiras para executar suas competências e responsabilidades em plenitude, sendo imensas as necessidades enfrentadas por esses entes federativos para programar as ações de saúde, principalmente em se tratando daqueles de pequeno e médio portes (SES-CE, 2010).

As necessidades e carências apresentadas pelos municípios de pequeno porte para a implementação de ações de saúde – otimização de estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico deficiente, acesso a novas tecnologias médicas, somadas à escassez de recursos humanos especializados, principalmente pela baixa remuneração – aliadas às deficiências peculiares ao interior do país, mostravam-se como realidade a ser enfrentada por diversos entes federados (DE LIMA, 2000).

Essa heterogeneidade de capacidades financeiras e administrativas dos municípios para assumirem a gestão da saúde acabou conflitando com um dos princípios do SUS, o da equidade. A lógica da descentralização respondendo ao objetivo político de afirmação da autonomia dos estados e municípios, contradizia a lógica da política de saúde que demandava um funcionamento coordenado de relações intergovernamentais visando cumprir os objetivos sistêmicos de universalidade, equidade e integralidade (ROCHA, 2016).

A fragmentação territorial resultante da afirmação das prerrogativas políticas dos municípios como gestores da saúde acabou, portanto, contraditando os princípios do SUS, por demandar outro tipo de organização territorial. Um aspecto dessa inadequação, por exemplo, revela-se no fato de que, no sistema único e universal de saúde do Brasil, as fronteiras político-geográficas não delimitam o fluxo de pacientes, já que cobrem todo o território e toda a população, ao passo que a oferta dos serviços é fragmentada pelas unidades político-administrativas (ROCHA, 2016).

Assim, durante a década de 90, o país assistiu a diversas discussões sobre possíveis maneiras de implementar uma política pública de saúde que, pudesse concretizar os princípios do SUS de integralidade e universalidade, considerando essa falta de recursos financeiros, principalmente em municípios do interior do Brasil, onde os problemas mostravam-se inúmeras vezes maiores (DE LIMA, 2000; ROCHA; FARIA, 2004).

Nesse sentido, foi ficando cada vez mais clara a necessidade da configuração de arranjos cooperativos visando remapear o federalismo tripartido brasileiro na área das políticas de saúde. Nesse cenário observou-se no País, investimentos pela busca de práticas inovadoras de gestão, que permitissem concretizar os princípios do SUS, priorizando-se o princípio da integralidade,

com o objetivo de melhorar o atendimento à população dos territórios envolvidos (DE LIMA, 2000; ROCHA, 2016).

Prover os serviços para a população exigiria, portanto, um planejamento que considerasse uma escala adequada de oferta dos serviços, o que demandava uma territorialidade que pudesse abranger vários municípios, mais de um estado ou mesmo partes de municípios. Daí a necessidade de acordos políticos para a institucionalização de formas de cooperação horizontal e vertical entre os entes federados (ROCHA, 2016).

Coerente com o princípio da descentralização federativa – tomado como meio de democratização e de eficiência na gestão pública, portanto, o primeiro decênio da implantação do SUS priorizava a municipalização da saúde e, instaurava-se um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, por meio de diversos instrumentos normativos do governo federal (ROCHA, 2016).

Assim, a política do governo instituiu programas e normas para operacionalizar esse sistema, como a Norma Operacional Básica – NOB 01/91 (BRASIL, 1991), a NOB 01/93 (BRASIL, 1993), o Projeto de Recuperação da estrutura física, tecnológica e desenvolvimento institucional – REFORSUS (BRASIL, 1996), a NOB 01/96 (BRASIL, 1997), o Plano Assistencial Básico – PAB (visando uma maior igualdade na distribuição financeira entre os municípios, estimulando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS – e Programas de Saúde da Família – PSF).

Ademais, como se sabe, a superação ou minimização das desigualdades regionais existentes no Brasil exige a adoção de mecanismos de coordenação federativa e de fomento à

cooperação intergovernamental, além da implementação de políticas compensatórias em favor dos entes mais necessitados (Arretche, 1996).

Assim, concomitantemente a esse aprofundamento do processo de descentralização administrativa no País, e frente as dificuldades quanto aos recursos financeiros municipais, junto a busca de melhoria na oferta da assistência em saúde, emergiram uma série de experiências de cooperação intermunicipal ou de “cooperativismo horizontal” na produção das políticas públicas, com experiências, autônomas ou induzidas pelos governos estaduais e federal (ROCHA; FARIA, 2004).

No Brasil, a possibilidade de agrupamento entre municípios de uma mesma região para prestação de serviços públicos já havia sido inclusive referenciada na Constituição de 1937, mas foi realmente na Constituição de 1988, em meio a essa discussão sobre descentralização que esse tema ganhou mais objetividade.

O Art. 241 da Constituição Federal, cujo texto foi modificado pelo Art. 24 da Emenda Constitucional nº 19/1998 determina que:

“A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos”.

O Ministério da Saúde (MS), seguindo essa concepção e tomado pelos investimentos envidados em termos de políticas, lançou o documento intitulado “1997 – O Ano da Saúde no Brasil” onde citava a necessidade da criação dos consórcios:

Os consórcios unificam recursos institucionais dos municípios e asseguram serviços públicos de referência que proporcionem atenção hospitalar e especializada a toda a população abrangida, reduzindo a dependência dos grandes centros urbanos. A manutenção da estrutura administrativa requerida para o funcionamento dos consórcios é feita, de modo geral, com contribuições mensais de cada prefeitura participante. (BRASIL- OPAS/OMS, 1998, p.42).

Ainda em 1997, o governo por meio do MS convocava a primeira oficina sobre consórcios, editando o manual “Os Consórcios e a Gestão Municipal em Saúde” (BRASIL, 1997c), pois com a publicação da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde em 1996 (BRASIL, 1997), os Consórcios Intermunicipais de Saúde passavam a ser considerados, no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços, uma estratégia para articulação e mobilização dos municípios (DE LIMA, 2000; DOS SANTOS, DA LUZ JR, 2012.).

Em 2005, surgia no cenário nacional a Lei nº 11.107, que disciplinava a constituição de consórcios públicos, introduzia no ordenamento jurídico nacional a figura jurídica da associação pública, na qualidade de autarquia interfederativa; especificava para atuar no âmbito de reações consorciadas e integralmente regida pelo Direito Público, previa a possibilidade de que os entes federativos criassem pessoa jurídica pública de direito privado sem fins lucrativos – portanto,

uma associação ou fundação pública - regido por um regime público mitigado por regras de direito privado, e também integrante da administração indireta dos entes instituidores (OPAS, 2014).

O Decreto nº 6.017, surgia em sequência, no ano de 2007, regulamentando a Lei 11.107/2005, em seu art. 41, que previa que os consórcios constituídos em desacordo com a lei poderiam ser transformados em consórcios públicos de direito público ou privado, desde que atendidos os requisitos de celebração de protocolo de intenções e de sua ratificação por lei de cada ente consorciado (OPAS, 2014).

Na saúde, entretanto, já registrava-se vários consórcios administrativos, criados antes da vigência da mencionada Lei. Esses consórcios, não seriam pela Lei atingidos, mas também não poderiam realizar atividades próprias da administração pública municipal ou estadual, especialmente aquelas que exigiam o uso de poderes privativos de estado, tais como atividades de regulação e fiscalização.

Os consórcios intermunicipais ora discutidos, estendem-se desde então como uma alternativa ao municipalismo autárquico, e constituem-se em uma forma de associação ou união entre municípios calcada na percepção de um compartilhamento de interesses e propósitos. Para alguns autores, trata-se de uma forma de cooperação entre entes do mesmo nível de governo e de natureza pública (LEITE, GOMIDE E SILVA, 2001; SANTOS, 2003),

Os consórcios públicos, portanto, consistem de tecnologia jurídico-institucional projetada para viabilizar a ação pública em rede que une e integra entes federativos autônomos na realização de atividades e projetos de interesse comum, podendo facilitar o planejamento local e

regional em saúde; viabilizar o investimento financeiro integrado e contribuir para a superação de desafios locais no processo de implementação do SUS (OPAS, 2014).

Quanto à personalidade jurídica, os consórcios públicos podem ser pessoas jurídicas de direito público ou de direito privado, sendo que quando de direito público, constituem associações públicas, e deve ser ratificado um protocolo de intenções para que o consórcio adquira personalidade jurídica. Já os consórcios públicos de direito privado são regidos predominantemente pelo direito privado na forma de Associação Civil sem fins econômicos, mas devem observar as normas de direito público quanto à realização de licitação, celebração de contratos, prestação de contas e admissão de pessoal, que será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (OPAS, 2014).

A modalidade de consórcio que mais se difundiu no Brasil, foi a que tem por objetivo a provisão de bens e serviços na área da saúde. Um Consórcio Intermunicipal de Saúde é a união ou associação de dois ou mais municípios visando à resolução de problemas do setor e a busca de objetivos comuns mediante a utilização conjunta dos recursos humanos e materiais disponíveis.

A difusão dos consórcios na área da saúde, no Brasil, se deu de forma heterogênea, apesar das ações de coordenação e fomento implementadas pelo Ministério da Saúde. Isso porque a difusão dos consórcios dependeu, em grande medida, do papel exercido pelos governos estaduais (BRASIL; 1997).

O Ministério da Saúde caracteriza os consórcios intermunicipais como uma estratégia essencial para a melhoria da qualidade dos serviços, visto que é um importante instrumento de articulação entre os sistemas municipais, resultando em melhor distribuição dos recursos; possibilidade de beneficiar maior número de pessoas; e, sobretudo, elevação do nível de

satisfação do usuário. Além disso, vê o consorciamento como um importante instrumento para a consolidação do SUS, seja em termos de gestão seja em termos de reorientação do modelo da atenção à saúde prestada à população (BRASIL; 1997).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, para os municípios de pequeno porte, o consórcio viabiliza a possibilidade de oferecer à sua população um atendimento de melhor qualidade e de maior complexidade (BRASIL, 1997).

Oferecer serviços de saúde em todos os níveis representa, para a maioria dos municípios, encargos superiores à sua capacidade financeira, ao mesmo tempo, existem casos em que a capacidade de oferta dos serviços de saúde não é plenamente utilizada pelos municípios. A prestação de serviços de forma regionalizada proposta pelos consórcios, evita a sobrecarga do município na construção de novas unidades de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares, na contratação de recursos humanos especializados e na aquisição de equipamentos de custos elevados, possibilitando uma melhor utilização da rede disponível (ROCHA; FARIA, 2004; ROCHA, 2016).

O Quadro 2 descreve a relação das principais Legislações Federais que legalizam os Consórcios Públicos no âmbito nacional.

LEGISLAÇÃO	DISPOSIÇÕES LEGAIS
Constituição Federal de 1988	ART 25 § 3º. Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamento de municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.
Emenda Constitucional nº 19, de 4/6/1998	Art. 24. O art. 241 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação: Art 241 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, bens, serviços e pessoal necessários à continuidade dos serviços transferidos
Lei Orgânica da Saúde - nº 8.080/90	Art. 10. Os municípios poderão constituir Consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

	<p>§ 1º Aplica-se aos Consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única e os respectivos atos constitutivos disporão sobre sua observância.</p> <p>Artigo 18, VII, que compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde formar consórcios administrativos intermunicipais.</p>
Lei nº 8.142/90	<p>§ 3º - Os municípios poderão estabelecer Consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. Art. 2º desta lei.</p> <p>Art. 2º - Cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.</p>
Portaria 545 do Ministério da Saúde, em 20 de maio de 1993 - Operacional Básica-SUS 01/93	<p>Ao conceituar a regionalização dos serviços de saúde, afirma que a articulação e mobilização municipal deve levar em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.</p> <p>Ao definir critérios relativos ao grau de autonomia dos estados e municípios na gestão dos serviços de saúde afirma que estas condições aplicam-se tão-somente a municípios, o que não impede a formação de consórcios ou modalidades afins que visem a ampliação de possibilidades políticas, técnicas e materiais do sistema de saúde”. Porém, no caso, deve-se ressaltar que a autonomia do consórcio depende da autonomia das entidades consorciadas: quanto mais autonomia de gestão os municípios tiverem, maior será a autonomia do consórcio.</p>
Lei nº 8.666/93	<p>Art. 24, inciso XXVI - É dispensável a licitação na celebração de contrato de programa com ente da federação ou entidade da administração indireta, para prestação de serviços públicos de forma associada nos termos do autorizado em consórcio público ou em convênio de cooperação.</p>
Lei dos Consórcios Públicos - nº 11.107/2005	<p>Dispõe sobre normas gerais de contratação de Consórcios Públicos e dá outras providências. Destaques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimento da cooperação federativa -disciplinou os instrumentos de cooperação federativa, estabeleceu normas gerais para a contratação de Consórcios Públicos em todos os níveis de Governo, autorizou celebração de contrato de programa entre os entes da federação e da Administração Indireta, entre outras providências. - Regionalização e descentralização - a execução das políticas públicas deve ter uma atuação integrada entre os diferentes entes da federação para a efetiva consolidação do SUS. - Princípio da subsidiariedade - a primazia na execução das ações é do município. Mas quando não possui as condições técnicas e operacionais para atuar, por meio da subsidiariedade. à cooperação entre as instâncias locais e regionais, possibilita a efetivação das políticas públicas. - Permissão de diferentes formas de cooperação-horizantal (município para município, de estado para estado) ou vertical (da União com os estados, e municípios; dos estados para os municípios). - Mudança na Lei de improbidade administrativa - alterou a Lei nº 8429/92, onde passou a configurar como improbidade administrativa, as seguintes condutas: <ul style="list-style-type: none"> a) Ajustar a gestão associada sem observância à Lei dos Consórcios Públicos. b) Celebrar Contrato de Rateio sem prévia e suficiente dotação orçamentária ou sem observância às exigências legais.

Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012	Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.
Portaria no 72, de 01 de fevereiro de 2012	Estabelece normas gerais de consolidação das contas dos consórcios públicos a serem observadas na gestão orçamentária, financeira e contábil, em conformidade com os pressupostos da responsabilidade fiscal.

Quadro 2. Relação das principais Legislações Federais que legalizam os Consórcios Públicos no âmbito nacional.

Como se vê, os consórcios são também percebidos como um dos instrumentos da descentralização das políticas de saúde, já que possibilitam a gestão municipal da saúde, na medida em que a cooperação potencializa a capacidade de provisão dos municípios. Ao mesmo tempo, eles podem se constituir em um dos instrumentos de viabilização das políticas regionais, articulando e compatibilizando as ações de diversos municípios. Os consórcios devem ser associações de caráter suprapartidário e sem fins lucrativos, sendo associação celebrada a partir dos interesses comuns da saúde (ROCHA; FARIA, 2004).

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar o processo de transição da abrangência municipal do SAMU de Ribeirão Preto para a cobertura regional no âmbito do Departamento de Saúde de Ribeirão Preto (DRS 13) operacionalizado por meio de consórcio intermunicipal.

3.2 Específicos

- Caracterizar a estrutura e funcionamento do SAMU Municipal e sua Central de Regulação de Urgência;
- Caracterizar a estrutura e funcionamento do SAMU Regional e
- Descrever o processo de criação e implantação do consórcio intermunicipal.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

Considerando-se a natureza do objeto e os objetivos desta pesquisa, que inclui realizar uma avaliação do processo de transição da abrangência municipal para a cobertura regional do SAMU de Ribeirão Preto, realizou-se um estudo do tipo descritivo-exploratório e retrospectivo.

A pesquisa descritiva tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 1999). No estudo exploratório, busca-se conhecer com maior profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais claro ou construir questões importantes para a condução da pesquisa. A pesquisa exploratória é desenvolvida, no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato (GIL, 1999). Portanto, esse tipo de pesquisa é realizado, sobretudo, quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. Contribui para o esclarecimento de questões superficialmente abordadas sobre o assunto.

Assim, para compreensão da contextualização histórica do processo de transição do serviço de uma abrangência municipal para regional, o estudo utilizou-se do método de análise documental, buscando identificar informações factuais em documentos que contenham registro desse processo.

Segundo Silva, Almeida e Guindani, (2009) o uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado, pois a riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das ciências humanas e sociais, uma vez que possibilita

ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural.

Estando o autor inserido no processo de transição, o estudo contou também com questões observacionais, que auxiliaram na compreensão dos dados. Dessa forma, podemos destacar que do ponto de vista operacional, foram adotados os princípios da triangulação de dados, numa proposta de articulação interpretativa que integra diferentes técnicas, estratégias e métodos (MINAYO, 2010).

4.2 Período do estudo

O estudo compreende o período entre janeiro de 2013 a dezembro de 2016.

4.3 Cenário do Estudo

Ribeirão Preto é um município brasileiro localizado no interior do estado de São Paulo, Região Sudeste do país, localizando-se a noroeste da capital do estado, distando desta cerca de 315 km. Ocupa uma área de 650,916 km², sendo que 127,309 km² estão em perímetro urbano. Sua população foi estimada pelo IBGE (2017) em 682.302 habitantes e está entre os 30 maiores municípios brasileiros.

Em Ribeirão Preto, o SAMU foi criado a partir de iniciativa de profissionais da Secretaria da Saúde, em outubro de 1996, um SAMU Municipal, iniciando as atividades da Central de Regulação de Urgência para atender as demandas do próprio município. Em 2013, atendendo as diretrizes da política nacional de atenção às urgências, passou para uma regulação regionalizada, ampliando sua cobertura para 26 municípios, da Direção Regional de Saúde 13 (DRS XIII).

A região estadual da Direção Regional de Saúde 13 (DRS XIII) – Ribeirão Preto está localizada no interior do estado de São Paulo, possuía 25 municípios e após a Regionalização que se seguiu com a assinatura do Pacto pela Saúde – 2006, incorporou o município de Santa Rita do Passa Quatro, totalizando 26 cidades divididas em três novas regiões: *Aquífero Guarani*, com dez municípios - Cravinhos, Serrana, Serra Azul, Santa Rosa de Viterbo, São Simão, Guataporã, Luiz Antônio, Santa Rita do Passa Quatro, Jardinópolis e Ribeirão Preto; *Vale das Cachoeiras*, com sete municípios – Altinópolis, Cajuru, Cássia dos Coqueiros, Santo Antônio da Alegria, Santa Cruz da Esperança, Brodowski e Batatais; e *Horizonte Verde*, com nove municípios – Sertãozinho, Pontal, Barrinha, Dumont, Pradópolis, Guariba, Pitangueiras, Jaboticabal e Monte Alto.

Assim, tem-se como cenário do estudo, a Central de Regulação de Urgência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do município de Ribeirão Preto/SP, e dos municípios do 26 Departamento Regional de Saúde da 13^a região do Estado de São Paulo (DRS XIII).

4.4 População e amostra

Foram utilizados documentos do SAMU Municipal e Regional do DRS XIII Ribeirão Preto, como registros em atas, Portarias, e publicações pertinentes e dados secundários do atendimento da Central de Regulação de Urgência por meio do registro informatizado das ligações telefônicas do 192, despachos de ambulâncias e das informações do atendimento dos socorros e transportes realizados.

4.5. Análise Estatística

Os dados extraídos dos documentos e banco de dados da Central de Regulação de Urgência antes e após a implantação do SAMU Regional, foram transpostos diretamente para

planilhas eletrônicas – Excel do pacote Microsoft Office, sendo posteriormente analisados e categorizados em relação a pesquisa documental, quanto aos fatos históricos, e em relação a caracterização dos impactos assistenciais, quanto ao quantitativo e percentual das variáveis, sendo estes por sua vez compilados em banco de dados, analisados e expressos em gráficos e tabelas.

4.6. Aspectos Éticos

O estudo seguiu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Foi obtida autorização dos locais de estudo para a realização do estudo e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola Joel Domingos Machado, que aprovou com número de parecer 2.316.676 e CAAE 71364117.9.0000.5414 (apêndice 1).

5. RESULTADOS

Desenhar o processo de transição da abrangência municipal do SAMU de Ribeirão Preto para a cobertura regional por meio de análise documental das reuniões do Conselho Intergestores Regional (CIR) dos Secretários Municipais de Saúde da DRS – 13 tornou-se um grande desafio, pois na intenção de traçar um perfil histórico do processo, percebeu-se que muitas informações foram perdidas ou não foram adequadamente registradas, mas dentro do que foi analisado do material escrito, consegue-se realizar um histórico do início das atividades do serviço, da experiência enquanto SAMU Municipal, do processo de transição para SAMU Regional e do funcionamento enquanto serviço regionalizado, e a evolução para o consórcio intermunicipal de saúde.

O início das atividades do serviço enquanto atendimento pré-hospitalar foi obtido através de publicações científicas que traçaram um delineamento histórico desse processo de implantação. Nessa perspectiva, o início das atividades do serviço de atendimento pré-hospitalar em Ribeirão Preto aconteceu em 08 de outubro de 1996, criado por iniciativa de profissionais da Secretaria da Saúde, que destinaram um longo período para idealização e adequação de uma proposta moldada a partir do modelo francês (LOPES; FERNANDES, 1999). O mesmo artigo ressalta que o serviço foi constituído com uma equipe de suporte avançado, contendo os profissionais obrigatórios, médico, enfermeira e motorista, e já com previsão de mudanças futuras importantes para o projeto inicial. A equipe, com o início de suas atividades passou a dividir o atendimento com equipe de resgate do Corpo de Bombeiros, que até então respondia de forma exclusiva pelo atendimento pré-hospitalar e, segundo os autores conquistou aceitação e espaço nesse tipo de atendimento no município (LOPES; FERNANDES, 1999). O serviço não utilizava

com protocolos rígidos para despacho de ambulâncias, nesse sentido, até janeiro de 1997 atuou de forma mais ampla que a devida, prestando atendimento a um grande número de casos sem a indicação adequada de atendimento médico pré-hospitalar. Registram também que na época a Unidade de Suporte Avançado envolveu-se em acidente, o que levou o serviço a interromper suas atividades (LOPES; FERNANDES, 1999). Em sequência, surgiram novos projetos para garantir a implantação do sistema de forma adequada, sendo adquiridas novas unidades de suporte avançado, inserido o serviço de regulação médica, cuja necessidade havia sido evidente durante o período de funcionamento isolado da USA, e realizado um mapeamento hierarquizado das capacidades físicas e funcionais dos hospitais do Município. Assim, em agosto de 1997 o serviço retomou suas atividades, dispondo na época de três unidades de suporte avançado (LOPES; FERNANDES, 1999).

Em março de 1998, iniciava o funcionamento de uma Regulação Médica, ainda que de forma experimental. A atividade de médico regulador era exercida pelo próprio médico da USA, e esta regulação ainda que funcionando de forma precária, foi mantida até outubro de 1998, quando foi então implantada a Central de Regulação Médica nas dependências da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas, em um convênio firmado entre a Prefeitura Municipal e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Já atrelada ao Sistema 192, emergia o médico com função exclusiva de regulador, como membro essencial do grupo da radiotelefonia, e as radio operadoras e telefonistas passaram a assumir a função de técnicas auxiliares de regulação médica (TARM). Desta forma, a Central de Regulação de Urgência passava, então, a funcionar em moldes adequados (LOPES; FERNANDES, 1999).

A partir deste momento, era organizada a função do médico regulador que assumiu suas atribuições recebendo, ouvindo e gerenciando as demandas, para então decidir sobre a melhor providência para as mesmas, buscando soluções imediatas e otimização dos recursos disponíveis (LOPES; FERNANDES, 1999).

Do ponto de vista operacional, todas as ligações 192 do município de Ribeirão Preto eram recebidas pelas TARMs que preenchiam uma ficha padronizada de chamado e, em caso de necessidade ou dúvidas quanto à gravidade e orientações, o chamado era transferido ao médico regulador, que definia o tipo de recurso a ser liberado: USB, USA, Unidade de Resgate do Corpo de Bombeiros, Polícia Militar etc. A radio-operadora, em contato com as ambulâncias checava as anotações em papel para saber onde estavam geograficamente e se estavam liberadas ou empenhadas no transporte de pacientes para comunicar a necessidade atual por via rádio. Enquanto isto, o médico regulador entrava em contato com os médicos assistentes dos hospitais para informar os dados demográficos e de atendimento dos pacientes para checarem a disponibilidade de vagas e discutirem o encaminhamento dos mesmos.

Em fevereiro de 1999, o SAMU foi mais uma vez expandido com a inclusão de unidades de suporte básico (USB) no Serviço, passando então a contar com três (03) unidades de suporte avançado (uma em atuação ininterrupta e as outras em esquema de sobreaviso, podendo ser despachadas em situações especiais como catástrofes, calamidades, transferências extra municipais) e sete (07) unidades de suporte básico, distribuídas cada uma em uma unidade básica distrital de saúde (uma mantida na garagem para substituição em caso de defeitos mecânicos) (LOPES; FERNANDES, 1999). Nesse mesmo período, as ambulâncias do SAMU e a Central de Regulação Médica contava com profissionais em período integral (médicos reguladores, técnicos

auxiliares e radio-operadores), num total de cento e trinta e seis profissionais de diferentes categorias (LOPES; FERNANDES, 1999).

Outra publicação que traça parte desse histórico é o artigo de Santos et al., (2003) que discute em seu texto a ordenação do acesso à rede assistencial de urgência pelo SAMU/Regulação Médica, com registro de que no segundo semestre de 1999 mediante ajustes entre a Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas (UE-HC), a Direção Regional de Saúde XVIII e a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto foi planejado que através de ações do atendimento pré-hospitalar e da Central de Regulação de Urgência (CRU), fosse realizada a ordenação do fluxo de pacientes para os serviços hospitalares de referência.

Em janeiro do ano 2000, segundo o plano operacional, a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria Municipal da Saúde, o SAMU, o Corpo de Bombeiros e o HCFMRP-USP fundiram seus recursos e técnicas, para compor as práticas da CRU, com vistas ao fortalecimento político e técnico do processo. Foram convidados a participar desse processo de Gestão da CRU/SAMU por meio de um Comitê Gestor as Universidades, a Polícia Militar, os Conselhos tanto o Regional de Medicina, quanto o Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, o Centro de Medicina Legal, os Hospitais Filantrópicos e as Concessionárias de Autovias (SANTOS et al., 2003). Ficou determinado que os pacientes somente poderiam acessar os hospitais após serem atendidos na rede APH fixa e com o encaminhamento autorizado pelo médico regulador que comunicou por telefone o médico que o receberá no hospital. A demanda espontânea dos pacientes diretamente aos hospitais foi abolida. A única exceção eram os pacientes atendidos em vias públicas e domicílios pelas unidades de suporte básico e avançado do SAMU, e regulados diretamente para a rede hospitalar, sem passar por unidades de saúde do atendimento pré-hospitalar fixo.

Nesse sentido, o artigo registra ainda que a CRU através de seus médicos reguladores e as TARMs passaram a operar via telefone, fax e rádio, recebendo, diuturnamente, chamados de domicílios, dos logradouros públicos, dos estabelecimentos de saúde e do atendimento pré-hospitalar. Mediante avaliação da gravidade e da disponibilidade de recursos, a CRU passou a organizar o fluxo para os hospitais e sua equipe técnica começou a racionalizar a utilização dos recursos hospitalares, preservando os espaços aptos a atender a alta complexidade, garantindo o atendimento imediato às situações que colocam a vida em perigo iminente (SANTOS et al., 2003).

Embora já em funcionamento desde 1996, outro registro histórico importante encontrado refere-se ao processo de habilitação do serviço junto ao Ministério da Saúde, onde o Secretário de Atenção à Saúde, considerando as Portarias Ministeriais 2048/2002, 1863/2003 e 1864/2003, assinou em 20 de maio de 2004 a Portaria Nº 179 qualificando o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU-192 de Ribeirão Preto em abril de 2004. Desta forma, oficializa-se junto ao Ministério da Saúde o SAMU 192 com cobertura municipal de Ribeirão Preto (BRASIL, 2004).

Em seguida, tem-se outro registro documental relevante, que é a Portaria Ministerial 997 de 26 de maio de 2004, assinada pelo ministro da saúde Humberto Costa, onde estabelece recursos para o custeio do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192 de Ribeirão Preto, para uma Central de Regulação, 01 Equipe de Suporte Avançado e 05 Equipes de Suporte Básico, no valor mensal de R\$ 109.000,00 (cento e nove mil reais) com montante anual de R\$ 1.308.000,00 (um milhão, trezentos e oito mil reais) a serem incorporados ao limite financeiro

anual da assistência ambulatorial e hospitalar (média e alta complexidade) do Estado de São Paulo e Município de Ribeirão Preto/SP (BRASIL, 2004).

Em tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos, Souza (2005) o sistema contava com uma frota de 1 (um) veículo de suporte avançado e 9 (nove) veículos de suporte básicos, distribuídos em cinco bases de atendimento no município, situadas em hospitais ou postos de saúde. A forma de distribuição dessas ambulâncias à época em Ribeirão Preto estava dividida em cinco regiões: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central (Figura 7), e que essa a divisão era utilizada pelo SAMU-RP para descentralização das ambulâncias, ficando a Região Central com três ambulâncias, sendo duas de suporte básico e uma de suporte avançado e a Região Norte, Sul e a Oeste com duas unidades de suporte básico cada e a Região Leste com uma unidade de suporte básico (SOUZA, 2005).

Figura 7. Distribuição espacial do Sistema SAMU 192 em Ribeirão Preto no ano de 2005. Fonte: Souza (2005).

A partir de 2010 em reuniões do colegiado de gestores da região de Ribeirão Preto (CIR – DRS 13) iniciou-se as discussões para a transição de SAMU 192 Municipal para Regional,

envolvendo gradativamente todos os 26 municípios do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS XIII) com uma população estimada pelo IBGE em 2016 de 1.468.323 habitantes, sendo divididos pelas microrregiões e respectivas cidades polos: Aquífero Guarani (Ribeirão Preto), Horizonte Verde (Sertãozinho) e Vale das Cachoeiras (Batatais), conforme apresentado na Figura 8 e Tabela 2. Ribeirão Preto é o município responsável pela coordenação das três microrregiões.

Figura 8. Divisões geográficas das microrregiões do DRS XIII com suas respectivas cidades polo: Aquífero Guarani (Ribeirão Preto), Horizonte Verde (Sertãozinho) e Vale das Cachoeiras (Batatais).

Aquífero Guarani	Horizonte Verde	Vale das Cachoeiras
Brodowski	Guariba	Altinópolis
Cravinhos	Guataporá	Batatais
Dumont	Jaboticabal	Cajuru
Jardinópolis	Monte Alto	Cássia dos Coqueiros
Luiz Antônio	Pradópolis	Santa Cruz da Esperança
Ribeirão Preto	Barrinha	Santa Rosa de Viterbo
Serra Azul	Pitangueiras	Santo Antônio da Alegria
Serrana	Pontal	-
São Simão	Sertãozinho	-
Santa Rita do Passa Quatro	-	-
TOTAL 897.475 (61,12%)	430.806 (29,34%)	140.042 (9,54%)

Tabela 2. Microrregiões do DRS XIII, mostrando o conjunto de suas cidades (destaque para as cidades polo em negrito) e a população estimada (e percentual) pelo IBGE em 2016. Ribeirão Preto, 2017.

O próximo registro relevante encontrado no processo de busca documental consiste da 32ª Ata da Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 07 de abril de 2010, com pauta sobre a discussão e relato do histórico de esforços realizados objetivando a implantação do SAMU Regional, demonstrando que nessa data já transcorria o processo de regionalização do serviço com inclusão dos municípios de Ribeirão Preto, Serra Azul e Cravinhos, registrando ainda a liberação de Unidades de Suporte Avançado em virtude desse processo e com registro de preocupação quanto aos prazos e encaminhamentos de contratação de pessoal e aquisição de insumos.

Nos documentos obtidos, tem-se um breve intervalo temporal. Tendo sido solicitadas à Direção Regional de Saúde todas as atas de reuniões do Conselho Intergestores Regionais (CIR) de Saúde, contendo pauta referente ao SAMU RP, temos na sequência dos arquivos concedidos.

A Ata da 39ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 03 de novembro de 2010, já registrava como Pauta o SAMU Regional, onde algumas informações relevantes foram encontradas. Alguns municípios já haviam recebido ambulâncias, tanto as Unidades de Suporte Básica – USB ou Unidade de Suporte Avançado – USA, e que tais municípios estavam com dificuldades para justificar para a população o seu não funcionamento, sendo deliberado que seria levado para discussão dos Colegiados o início do funcionamento do SAMU regional, de forma gradativa; sendo proposto que os municípios com ambulâncias (no caso Serra Azul) para iniciar a divulgação do 192 somente para a urgência e emergência com atendimento da chamada centralizado e regionalizado na Central de Regulação de atendimento do município de Ribeirão

Preto. Por fim, foi informado que, segundo a Coordenação Nacional do SAMU, havia a possibilidade de alguns municípios ainda estarem sendo contemplados com ambulâncias USB, sendo deliberado que os Gestores que não receberam a ambulância fizessem um ofício em conjunto com o prefeito solicitando as USBs, se comprometendo a seguir os critérios estabelecidos na legislação.

Na Ata da 42ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 02 de março de 2011, registra-se a possibilidade de iniciar as atividades do SAMU Regional no município de Serra Azul, onde já havia sido iniciado o treinamento de recursos humanos, e emerge também a proposta de reativação do Conselho Gestor do SAMU regional.

Na Ata da 49ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, 05 de outubro de 2011, registra-se como Pauta a adesão dos municípios ao SAMU Regional, com informações sobre as questões de financiamento deste. Registrou-se que todos os secretários de saúde receberam planilhas com os custos, destacando-se o prazo para a resposta ao Ministério da Saúde, sendo apresentadas planilhas com os valores per capita de R\$ 0,13 para manutenção da regulação de urgência/emergência pré-hospitalar para toda a região, e de R\$ 0,12 per capita para manutenção da USA. Surgiram questionamentos sobre formas de repasse do pagamento dentro dos critérios do Tribunal de Contas, sendo colocada uma experiência de consórcio de outra região. Os Secretários de Saúde foram convidados a sensibilizarem os respectivos prefeitos sobre a relevância dessa adesão, solicitando que levem em conta a relação custo-benefício, e que cada município ganharia uma USB a partir dessa adesão. Ficou deliberado que os municípios que não aderissem naquele momento, que o fizessem por

meio de uma carta de intenção de adesão e aqueles que fossem aderir deveriam encaminhar um ofício assinado pelo Secretário de Saúde e Prefeito.

Em sequência, temos a Ata da 51ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em sete de dezembro de 2011, com pauta sobre o SAMU Regional, foi discutida a necessidade de composição do Conselho Gestor Regional de Urgência, ressaltada informação no MS em Brasília de que não haverá recurso novo para aquisição de ambulâncias e que o caminho seria a adesão de todos ao SAMU. O diretor do SAMU solicitou o adiamento do início das atividades previsto para 12 de dezembro de 2011, ressaltando que a questão deveria ser melhor estudada. Foi deliberado este adiamento e o convite a um palestrante que pudesse expor sobre as experiências de consórcio e convênio referente ao SAMU Regional.

Na Ata da 52ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 01 de fevereiro de 2012, já surgem informações de que o Contrato do Consórcio está em andamento, e que já foi iniciada a operacionalização do SAMU no município de Sertãozinho no dia nove de janeiro. Também foi definido que os próximos municípios a serem incorporados seriam Dumont, Cajuru e Jaboticabal. Registra-se a criação de um Plano Operacional com embasamento em outros SAMUs já existentes e na Portaria 2048. Registrou-se ainda a informação de um Congresso no qual estava prevista apresentação sobre consórcios como oportunidade para esclarecer dúvidas.

Na sequência temporal, temos a Portaria nº 261, de 13 de fevereiro de 2012, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, onde considerando as Portarias 997/2004 e 2026/2011, habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber 02 Unidades de

Suporte Básico, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e autoriza a transferência de custeio com valor de repasse mensal de R\$ 25.000,00 e anual de R\$ 300.000,00 ao Município.

Na Ata da 54ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 04 de abril de 2012, teve como pauta a aprovação do consórcio para o SAMU Regional de RP. Tem-se o registro de que o Estatuto do Consórcio já foi enviado e avaliado pelo Setor Jurídico de cada município. Foi ressaltado que os 26 municípios da região já se conscientizaram quanto à necessidade de adesão ao consórcio, esclarecendo-se que a primeira etapa já estava em andamento nos municípios de Cajuru, Batatais, Serra Azul e Pitangueiras, e que já havia chegado solicitação de outros, estando em pendência os municípios de Cravinhos, Monte Alto, Cássia dos Coqueiros, Santa Rosa de Viterbo, Barrinha e Pradópolis. Foi deliberada a aprovação do Consórcio por consenso.

Considerando-se os documentos relevantes, temos ainda a Portaria nº 1034, de 24 de maio de 2012, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, onde considerando as Portarias 997/2004 e 1010/2012, destina recursos financeiros para construção, aquisição de materiais, mobiliário e equipamentos de rede e tecnologia para a Central de Regulação Médica das Urgências, do SAMU 192, Regional de Ribeirão Preto (SP). Sendo R\$150.000,00 para Construção da Central de Regulação; R\$ 29.128,00 para Materiais e Mobiliários; R\$ 110.932,21 para Equipamentos de Tecnologia da Informática e Rede (BRASIL, 2012).

Uma informação relevante contida nesta Portaria se refere aos municípios que passam oficialmente a compor o território de abrangência da Central de Regulação de Urgências do

SAMU 192 - Regional de Ribeirão Preto (SP), no total de 1.301.511 habitantes, de acordo com o Quadro 3 abaixo.

Municípios	População segundo IBGE 2010
Altinópolis	15.607
Barrinha	28.496
Batatais	56.476
Brodowski	21.107
Cajuru	23.371
Cássia dos Coqueiros	2.634
Cravinhos	31.691
Dumont	8.143
Guariba	35.486
Guataporã	6.966
Jaboticabal	71.662
Jardinópolis	37.661
Luís Antônio	11.286
Monte Alto	46.642
Pitangueiras	35.307
Pontal	40.244
Pradópolis	17.377
Ribeirão Preto	604.682
Santa Cruz da Esperança	1.953
Santa Rosa de Viterbo	23.862
Santo Antônio da Alegria	6.304
São Simão	14.346

Serra Azul	11.256
Serrana	38.878
Sertãozinho	110.074
Total de habitantes	1.301.511

Quadro 3. Municípios que compõem o território de abrangência da central de regulação médica de urgências do SAMU 192 - Regional de Ribeirão Preto (SP). Fonte: Portaria nº 1034, de 24 de maio de 2012.

Na Ata da 58ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 08 de agosto de 2012, teve como pauta a atualização sobre o funcionamento do SAMU-Regional, o Coordenador do SAMU informou que teve início o funcionamento nos municípios de Cajuru, Pitangueiras, Batatais, Dumont, Jaboticabal e Serrana. Informa, ainda, a mudança de endereço da base de Ribeirão Preto para a Avenida 13 de Maio.

Em 05 setembro de 2012, através da Portaria 1886, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, onde considerando as Portarias 997/2004 e 1010/2012, fica redefinido o limite financeiro anual dos recursos destinados ao incentivo de custeio repassado à Central de Regulação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192, da Regional de Ribeirão Preto (SP), para R\$ 64.000,00 mês, e foram habilitadas as ambulâncias nos Municípios de Ribeirão Preto (02 USB), Batatais (01 USB e 01 USA), Cajuru (01 USB), Dumont (01 USB), Jaboticabal (01 USB), Pitangueiras (01 USB), Serra Azul (01 USB), Sertãozinho (01 USB).

Em sequência tem-se a Portaria nº 2147, de 19 de outubro de 2012, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, onde considerando as Portarias 997/2004 e 1010/2012, habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber 1 (uma) Unidade de Suporte Avançado, destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), da Central de

Regulação das Urgências do (SAMU 192) Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio mensal de R\$ 27.500,00 (vinte sete mil e quinhentos reais) ao Município.

Na Ata da 61ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 07 de novembro de 2012, tendo como pauta o andamento do consórcio SAMU: o coordenador do serviço comunica que todos os municípios serão contemplados com ambulâncias tendo em vista que o Ministério da Saúde anunciou a disponibilização de 18 USBs. Ressaltou quanto ao consórcio que o Ministério exigia toda a documentação até dia 20 de novembro de 2012 para a liberação dos recursos. Informa ainda que foi iniciada a informatização do 192 e como o Ministério da Saúde ainda não estava repassando o recurso, o município de Ribeirão Preto arcou com a situação financeira até o momento, mas que partir de outubro os municípios Sertãozinho, Serra Azul, Batatais, Dumont, Jaboticabal, Pitangueiras e Cajuru começariam a receber, inclusive os valores retroativos.

Em 16 de janeiro de 2013, através da Portaria 50, assinada pelo então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, onde considerando as Portarias 997/2004, 1896/2012, 2147/2012 e 1010/2012, qualifica Unidades de Suporte Básico e Avançado, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) dos Municípios de Ribeirão Preto (SP), Sertãozinho (SP), Cajuru (SP), e a Central de Regulação Médica das Urgências de Ribeirão Preto (SP). Também autoriza atualização do custeio aos Municípios, conforme os Quadros 4 e 5 abaixo.

Município para Repasse	Central	Valor atual	Valor Qualificado Mensal	Valor do Repasse Qualificado Anual Fundo a Fundo
Ribeirão Preto (SP)	1	R\$ 64.000,00	R\$ 106.880,00	R\$ 1.282.560

TOTAL				R\$ 1.282.560
--------------	--	--	--	---------------

Quadro 4 Descritivo do valor atualizado com a qualificação da Central de Regulação do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

Município para Repasse	USB	USA	Valor atual	Valor qualificado mensal	Valor do Repasse Qualificado Anual Fundo a Fundo
Ribeirão Preto	7		R\$ 87.500,00	R\$ 146.125,00	R\$1.753.500,00
Ribeirão Preto		2	R\$ 55.000,00	R\$ 91.850,00	R\$ 1.102.200,00
Sertãozinho	2		R\$ 25.000,00	R\$ 41.750,00	R\$ 501.000,00
Sertãozinho		1	R\$ 27.500,00	R\$ 45.925,00	R\$ 551.100,00
Cajuru	1		R\$ 12.500,00	R\$ 20.875,00	R\$ 250.500,00

Quadro 5. Descritivo dos valores atualizados com a qualificação das Unidades de Suporte Básico e Avançado do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

Na Ata da 64ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 07 de março de 2013, tendo como pauta a ampliação de frota do SAMU Regional - o coordenador do SAMU, informou que todos os municípios já haviam sido contemplados com as ambulâncias e que vários já tem equipe formada, só faltando a capacitação dos profissionais. Citou os municípios que estavam recebendo treinamento, que o Ministério da Saúde cobrou a implantação e foi informado que até o final do semestre todas as cidades devem estar finalizadas. Também solicitou a aprovação de mais quatro Unidades de Suporte Básico e duas motos.

Em 03 de abril de 2013, aconteceu a 66ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, cuja ata registrava como pauta a apresentação dos custos do SAMU Regional, o Coordenador do serviço apresentou histórico de todo o processo de instalação do SAMU Regional para os novos gestores. Informou que somente

Ribeirão Preto e Serra Azul estavam funcionando plenamente. Registrou-se a sugestão de repasse dos municípios que já estavam utilizando os serviços do SAMU para reduzir sobrecarga sobre o município de Ribeirão Preto e ficou pactuado que quando receberem o recurso o pagamento deverá ser retroativo. Nessa reunião foram apresentados dados relevantes para o financiamento, registrando-se os valores totais de gastos e per capita para a cobertura determinada de uma população equivalente ao habilitado junto ao MS, de 1.356.165 habitantes, conforme as Tabelas 3, 4, 5 e 6 apresentadas abaixo.

VALORES – SAMU REGIONAL

POPULAÇÃO:	1.356.165
TOTAL	R\$ 235.582,64
REPASSE	R\$ 106.880,00
DIFERENÇA	R\$ 128.702,64
CUSTO TOTAL/PER CAPITA	R\$ 0,095

Tabela 3. Custo total e per capita do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE (AVH) - CUSTO OPERACIONAL

CARGOS	Valor Registro	CUSTO/Mês
Dir. Téc. Administrativo	R\$ 6.000,00	R\$ 9.173,33
Dir. Téc. Contabil	R\$ 2.350,00	R\$ 3.592,89
Dir. Téc. Financeiro	R\$ 2.350,00	R\$ 3.592,89
Diretor Executivo	R\$ 6.000,00	R\$ 9.173,33

Dir. Téc. Saúde (Médico)	R\$ 6.000,00	R\$ 9.173,33
Dir. Téc Saúde (Enfermagem)	R\$ 6.000,00	R\$ 9.173,33
Secretaria	R\$ 1.600,00	R\$ 2.446,22
Fundo de Reserva (3%)		R\$ 1.389,76
TOTAL GERAL	R\$47.715,09	
POPULAÇÃO:		1.356.165
TOTAL PER CAPITA:		0,035

Tabela 4. Custo operacional discriminado e per capita do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

CUSTO TOTAL REGULAÇÃO

POPULAÇÃO:	1.356.165
CUSTO TOTAL	R\$ 176.417,73
CUSTO TOTAL/PER CAPITA	R\$ 0,13

Tabela 5. Custo total per capita da Central de Regulação de Urgência do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

CUSTO DAS UNIDADES DE SUPORTE AVANÇADO - USA (PER CAPITA)

REGIÃO (POLO)	TOTAL A SER CONSORCIADO	TOTAL PER CAPITA
USA Ribeirão Preto (Aquífero Guarani)	R\$ 80.430,34	R\$ 0,10
USA Sertãozinho (Horizonte Verde)	R\$ 51.443,77	R\$ 0,13
USA Batatais (Vale das Cachoeiras)	R\$ 73.594,40	R\$ 0,57

Tabela 6. Custo total e per capita das Unidades de Suporte Avançado do SAMU Regional de Ribeirão Preto.

Em 17 de outubro de 2013, o então Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, considerando as Portarias 997/2004, 1010/2012, 1473/2013 e 1161/2013, assina a Portaria 2449 que habilita os Municípios de Altinópolis (SP), Pontal (SP), São Simão (SP), Santa Cruz da Esperança (SP), Santo Antônio da Alegria (SP), Santa Rita do Passa Quatro (SP), Cravinhos (SP), Serrana (SP), Brodowski (SP), Santa Rosa do Viterbo (SP), Luiz Antônio (SP), Pradópolis (SP), Barrinha (SP), Guariba (SP), Guataporá (SP), Jardinópolis (SP) e Monte Alto (SP), a receberem Unidade de Suporte Básico, destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da Central de Regulação das Urgências, Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio mensal de R\$ 13.125,00 para cada município, num total de R\$ 223.125,00.

Na Ata da 80ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 06 de agosto de 2014, tendo como pauta o SAMU Regional RP, foram apresentadas planilhas com balancete referente ao primeiro pagamento que aconteceu em junho registrando-se que alguns municípios não efetuaram pagamento, ressaltando que a inadimplência no mês foi maior, demonstrando assim que este vem sendo um problema vivenciado pelo serviço.

Seguindo o plano de apoio do Ministério da Saúde para a implantação do SAMU Regional, tem-se a Portaria de 03 de outubro de 2014, assinada pelo Ministro da Saúde, considerando as Portarias 997/2004, 1010/2012, 1896/2012, 1473/2013 e 2449/2013 qualifica 21 (vinte e uma) Unidades de Suporte Básico (USB) e 1 (uma) Unidade de Suporte Avançado (USA) pertencentes à Central de Regulação das Urgências do Serviço de Atendimento Móvel de

Urgência (SAMU 192) Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio aos Municípios de Batatais (SP), Dumont (SP), Jaboticabal (SP), Pitangueiras (SP), Serra Azul (SP), Altinópolis (SP), Pontal (SP), São Simão (SP), Santa Cruz da Esperança (SP), Santo Antônio da Alegria (SP), Santa Rita do Passa Quatro (SP), Cravinhos (SP), Serrana (SP), Brodowski (SP), Santa Rita do Viterbo (SP), Luiz Antônio (SP), Pradópolis (SP), Barrinha (SP), Guariba (SP), Jardinópolis (SP) e Monte Alto (SP). Também foi comunicado o repasse mensal de dos municípios com 01 USB de R\$13.125,00 para R\$ 21.919,00 e do município de Batatais que possui uma USA e 01 USB, de R\$51.625, para R\$ 70.140,00.

Na Ata da 87ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 08 de abril de 2015, tendo como pauta a apreciação do Plano do SAMU Regional, registra-se que o mesmo havia sido discutido em reunião no final de março, com baixa participação, sendo colocados diversos pontos de conflitos referentes ao financiamento, como o custeio nos casos das saídas das ambulâncias além da área do DRS, emergindo registro de Parágrafo no Plano onde o transporte de pacientes fora do âmbito da RRAS 13 será custeado pelo Estado, mas admite-se que embora defendam que o Estado coloque dinheiro no Plano, não podem responder pela Secretaria neste momento. Apresenta-se uma nova redação do Parágrafo terceiro: quando houver necessidade de transporte de paciente assistido pelo SAMU REGIONAL para unidade hospitalar localizada fora do território da RRAS 13, o serviço utilizará Unidade de Transporte de reserva própria ou contratada, a ser tripulada por equipe e fornecida pelo SAMU Regional observado o tempo para organização dos recursos necessários para o referido transporte”, sendo proposto que estes parágrafos sejam retirados. Ressalta-se ainda que o transporte sanitário ainda é responsabilidade do município e

que não é possível restringir o atendimento do SAMU à área de abrangência da RRAS. Ao final sendo deliberado que o plano deveria ser submetido à avaliação e discussão pela Comissão Intergestora Bipartite.

Considerando as Portarias Ministeriais 1010/2012, 50/2013, 473/2013 e 1600/2013, e o Parecer Técnico constante no Processo nº 25000.587673/2009-93, o Ministro da Saúde assina a Portaria GM 769 de 17 de junho de 2015, que renova a qualificação da Central de Regulação das Urgências (CRU) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da Regional de Ribeirão Preto (SP), Unidades de Suporte Básico (USB) sendo 07 de Ribeirão Preto, 02 de Sertãozinho, 01 de Cajurú e Unidades de Suporte Avançado (USA) sendo 02 de Ribeirão Preto e 01 de Sertãozinho, além da Central de Regulação Regional de RP, com efeito de renovação da qualificação a partir da competência de janeiro de 2015.

Dando continuidade às discussões sobre o Plano Operacional do Samu Regional, que era pauta da 90ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 01 de julho de 2015, contém registro em Ata que o Plano já foi enviado com as devidas correções e formatação, e que a pendência que havia ficado era sobre o parágrafo que diz respeito ao transporte de pacientes fora do âmbito da RRAS 13, mostra como ficou após a correção, mas não há registro do texto após correção, o que inviabiliza conhecer as mudanças. Foi deliberado por consenso pela sua provação.

Na 94ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 04 de novembro de 2015, cuja pauta para o SAMU era a aquisição de equipamentos para o serviço, são apresentadas demandas para sistema de rádio que custará em torno de R\$ 600,00 a unidade, e Tablets (cujo custo ficaria 50% por

conta do município de Ribeirão Preto e o restante seria rateado entre os demais municípios), com custeio mensal de R\$ 0,02 por habitantes, não havendo consenso, pois as opiniões divergem quanto a necessidade, mostrando a dificuldade nessas negociações entre os municípios.

Na 98ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 06 de abril de 2016, cuja pauta incluía Devolutiva do Plano Operacional do SAMU, que já havia sido aprovado por unanimidade na 90ª Reunião, registra-se que foi agendada reunião para o dia 15 de abril às 16 horas para discutir novamente o plano e adequá-lo no que for necessário, verificando as necessidades de cada município, com indicação de um representante de cada CIR para participar da reunião.

Abre-se um parêntese nesses registros para algumas informações constantes nas Atas de Reuniões do CGR para questões de desconforto entre municípios em relação à gestão do Sistema, mostrando que a operação regionalizada de um SAMU envolvendo diversos municípios perpassa por delicadas questões relacionais e políticas.

Assim, destaca-se que nas atas das Reuniões da CGR 75ª (12/03/2014) e 96ª (03/02/2016), 102ª (03/08/2016) aparecem registros claros de desentendimentos entre municípios, de questionamentos sobre condutas da Regulação, sobre os critérios de regulação intermunicipal, queixas de desassistência em alguns municípios, de situações críticas com reservas técnicas de alguns municípios, de desconfortos políticos para realização de transportes, mesmo sendo funções bem definidas do SAMU Regional.

Na Ata da Reunião 71ª (em 06/07/2016), emerge a cobrança de esclarecimentos sobre critérios de uso das ambulâncias de reservas técnicas pelos municípios consorciados, pois um município que precisou fazer reparo técnico na ambulância e o SAMU não dispunha de reserva

para atendê-lo, sendo admitido que o assunto é complexo e que não existe definição de critério, sendo a disponibilidade é baseada na situação apresentada.

Nos desencontros de questões financeiras temos registro dos atrasos de repasse do Ministério da Saúde acarretando custos para o município de RP na Atas das Reuniões 61ª (07/11/2012) e 66ª (10/05/2013). Também há questionamentos sobre planilha de custos e atrasos nos pagamentos de boletos por parte de municípios na Ata da Reunião 80ª (06/08/2014). Há cobranças sobre a prestação de contas do consórcio AVH na Ata da reunião 102ª do CGR (03/08/2016), onde o representante do Consórcio presta esclarecimentos quanto a renovação de frota, sobre uso de comunicadores, chips de smartphones, de ampliação da frota e sobre as reservas técnicas.

Foram encontrados ainda registros em publicações ministeriais de 2016, como a Portaria 3259 de 29 de dezembro de 2016, que considerando as Portarias 997/GM/MS, de 26 de maio de 2004, 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, 1.473/GM/MS, de 18 de julho de 2013 e 460/SAS/MS, de 11 de junho de 2014, habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber 04 Unidades de Suporte Básico (USB) destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) pertencentes à Central de regulação das Urgências Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio mensal de R\$ 13.125,00 por cada USB para o município. Existe também a Portaria 3390, de 29 de dezembro de 2016, que considerando 997/GM/MS, de 26 de maio de 2004, 2.971 GM/MS, de 8 de dezembro de 2008, 1.010 GM/MS, de 21 de maio de 2012, 1.473 GM/MS, de 18 de julho de 2013 e 460/GM/MS, de 11 de junho de 2014, habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber 2 (duas) unidades de Motolância destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), pertencente a Central de Regulação

das Urgências Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio mensal de R\$ 7.000,00 por cada ambulânciasao município.

O Quadro 6 mostra o descritivo dos documentos utilizados para análise histórica do SAMU de Ribeirão Preto e de sua transição de serviço municipal para regional.

TEMA ABORDADO	TIPO DE DOCUMENTO	TITULO DO DOCUMENTO	AUTORIA	DATA
Implantação do SAMU 192 em Ribeirão Preto	ARTIGO	Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar	Sérgio Luiz Brasileiro Lopes ¹ & Rosana Joaquim Fernandes ²	1999
	ARTIGO	Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização	José Sebastião dos Santos ¹ ; Sandro Scarpelini ¹ ; Sérgio Luís L. Brasileiro ² ; Clarice Aparecida Ferraz ³ ; Maria Eulália L. V. Dallora ⁴ & Marcos Felipe Silva de Sá ⁵	2003
Habilitação do SAMU municipal	Portaria	Portaria Ministerial Nº 179	Ministério da Saúde	2004
	Portaria	Portaria Ministerial 997	Ministério da Saúde	2004
	TESE	Análise da configuração de SAMU utilizando modelo hipercubo com prioridade na fila e múltiplas alternativas de localização de ambulâncias	Regiane Máximo de Souza	2005
Transição SAMU para Regional	ATA	32ª Ata da Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2010
	ATA	Ata da 39ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2010
	ATA	Ata da 42ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2011
	ATA	Ata da 49ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2011
	ATA	Ata da 51ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero	CGR	2011

		Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto		
	ATA	Ata da 52º Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2012
	Portaria	Portaria Ministerial nº 261	Ministério da Saúde	2012
	ATA	Ata da 54º Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2012
	Portaria	Portaria Ministerial nº 1034	Ministério da Saúde	2012
	ATA	Ata da 58º Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2012
	Portaria	Portaria Ministerial Nº 1886	Ministério da Saúde	2012
	Portaria	Portaria Ministerial nº 2147	Ministério da Saúde	2012
	ATA	Ata da 61º Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2012
	Portaria	Portaria Ministerial nº 50	Ministério da Saúde	2013
	ATA	Ata da 64º Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2013
	ATA	Ata da 66º Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2013
	Portaria	Portaria Ministerial nº 2449	Ministério da Saúde	2013
	ATA	Ata da 80ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto, ocorrida em 06 de agosto de 2014	CGR	2014
	Portaria	Portaria 2177	Ministério da Saúde	2014
	ATA	Ata da 87ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2015

		Preto		
	Portaria	Portaria Ministerial nº 769	Ministério da Saúde	2015
	ATA	Ata da 90ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2015
	ATA	Ata da 94ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2015
	ATA	Ata da 98ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2016
	ATA	Ata da 102ª Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde Aquífero Guarani - DRS XIII Ribeirão Preto	CGR	2016
	Portaria	Portaria Ministerial nº 997	Ministério da Saúde	2016
	Portaria	Portaria Ministerial Nº 3390	Ministério da Saúde	2016

Quadro 6. Descritivo dos documentos utilizados para análise histórica do SAMU de Ribeirão Preto e de sua transição de serviço municipal para regional.

No contingente técnico, como mostrado no Quadro 7 abaixo, o SAMU Regional ampliou a equipe de TARMs, Radioperadoras e Médicos Reguladores em conformidade com o dimensionamento dos profissionais da Regulação Médica do 192 definido na portaria 1010 que redefine as diretrizes do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

Nº de Profissionais	Médicos Reguladores (MR)		Técnicas Auxiliares de Regulação Médica (TARM)		Rádio-Operadores (RO)		Número Total de Profissionais	
	Diurno	Noturno	Diurno	Noturno	Diurno	Noturno	Diurno	Noturno
700.001 a	03	02	05	03	01	01	09	06

1.500.000								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

Quadro 7. Quantidade de profissionais do SAMU regional (TARMs, Radioperadoras e Médicos Reguladores) divididos por período de trabalho.

Do ponto de vista operacional, o SAMU 192 Regional do DRX XIII, atualmente possui um linha telefônica única para todos os 26 municípios das três microrregiões do DRS XIII, uma Central de Regulação de Urgências descentralizada, rede informatizada, transportes (USB, USA, Motolâncias, Transporte/Apoio Aeromédico, Transportes simples - Van, Ambulâncias tipo “A”), incentivo, investimento, custeio, habilitação, qualificação, indicadores do SAMU 192 exigidos pelo Ministério da Saúde, coordenador do serviço, responsável técnico, responsável de enfermagem e médicos reguladores, tudo conforme as exigências definidas na Portaria de nº 1010, de 21 de maio de 2012. Os chamados realizados por meio do telefone 192 são recepcionados por técnico auxiliar de regulação médica (TARM) que fazem o registro em um sistema informatizado, sendo que todas as ligações telefônicas são gravadas. Após este registro inicial, a TARM pode passar o chamado que necessite de transporte diretamente para a radiooperadora em casos leves ou aciona o médico da Regulação Primária que faz uma triagem de gravidade presumida discernindo a gravidade de cada caso, despachando, intervindo, acompanhando e, indicando e enviando o recurso necessário, de acordo com a oferta disponível naquele momento.

A Central de Regulação de Urgência recebe ainda chamados para transporte inter-unidades de saúde de Ribeirão Preto por meio de dois outros números telefônicos, bem como de solicitação de agravos à saúde de pacientes que já receberam atendimento pré-hospitalar fixo, estejam eles em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento ou Hospitais de baixa, média e alta complexidade. Esta é a chamada ligações “Saída” (pacientes que já estão em

atendimento em serviços de saúde). Diante desta situação, os chamados realizados nas unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, passam por um processo de regulação própria e são encaminhadas para três profissionais médicos da Regulação Secundária, que passam a trabalhar com gravidade comprovada e determinam o destino da porta de urgência/emergência, consultas de agendamento priorizado com especialidades ou exames complementares e, também determinam o tipo de transporte a ser realizado.

As solicitações dos outros 25 municípios do DRS-13 para pacientes já em atendimento em serviço de saúde e que necessitam de transferência para serviços de maior complexidade são regulados por médicos da Central de Regulação Estadual (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde – CROSS), cuja sede é na cidade de São Paulo. Estes médicos entram em contato com os serviços de referência intra ou intermunicipal para acertar a transferência dos mesmos e, uma vez conseguida, é necessário entrar em contato com o SAMU Regional para providenciar o veículo de transporte dos pacientes já regulados pela CROSS.

Desnecessário dizer que a unificação das duas centrais de regulação facilitaria tanto para quem encaminha quanto para quem recebe os pacientes, porém motivos de natureza política até agora não viabilizaram tal integração destes serviços.

Atualmente existem 4 unidades de suporte avançado (USA) e 39 unidades de suporte básico (USB) distribuídas nos 26 municípios, sendo 2 USAs e 13 USBs em Ribeirão Preto, 1 USA e 2 USBs em Sertãozinho, 1 USA e 1 USB em Batatais e 1 USB em cada uma das demais 23 cidades da DRS-13.

O Gráfico 1 apresenta os atendimentos realizados pelo SAMU 192 no município de Ribeirão Preto antes do início da regionalização, os atendimentos do período eram realizados

com UBS e ambulâncias tipo “A”. Destaca-se que no período anterior à regionalização, o SAMU 192 de Ribeirão Preto não havia programas informatizados para a registro dos dados e, dessa forma não há dados dos chamados telefônicos. Também segundo os registros de dados sobre o número de atendimentos dos anos de 2006, 2007 e 2008, raramente, ultrapassavam 3 mil casos por mês.

Gráfico 1. Atendimentos do SAMU 192 da DRS XIII, realizados nos anos de 2006, 2007 e 2008, no município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2017.

Antes da contextualização dos chamados telefônicos, alguns termos precisam ser esclarecidos. Dentro do SAMU 192 do DRS XIII, o termo Ligação de “Entrada” são todos os chamados recebidos por meio do número 192, no qual a população liga solicitando socorro; já o termo Ligação de “Saída” são todos os chamados recebidos de Unidades de Saúde, solicitando transporte para outra Unidade de Saúde.

O termo “Socorro” destina-se a todo e qualquer tipo de atendimento fora de Unidades de Saúde, como vias públicas, residências, etc., enquanto o termo “Transporte” é utilizado quando o

paciente se encontra em uma Unidade de Saúde e precisa ser transferido para outra Unidade de Saúde devido à complexidade do seu caso em termos de necessidades de recursos humanos, diagnóstico e terapêutico.

Após a regionalização do SAMU 192, os chamados telefônicos cresceram, conforme o gráfico apresentado abaixo, observa-se que variou entre 447.399 mil a 489.023 mil ligações de “Entrada” (Gráfico 2), sendo que dentro desses chamados temos Ligações Atendidas, Engano, Fora da Abrangência, Pedido de Informações, Interrompidas, Regulação, Repetidas e Trote. No Gráfico 2, observa-se três colunas, sendo que a primeira mostra as ligações de “Entrada” (total de ligações recebidas durante o referido ano), a segunda com as ligações de “Regulação” (que houveram envio do transporte), por fim, a terceira coluna com as “Demais ligações” (expondo os demais motivos de ligações, como, “Chamando – não houveram atendimento”, “Engano”, “Fora de Abrangência”, “Informação”, “Interrompida”, “Repetida”, “Atendidas – ligações atendidas, mas não finalizada, sem envio de transporte” e “Trote”) recebidas no ano referido. A média geral anual de 2013 a 2016 foi 463.980 mil ligações recebidas de “Entrada”, o que equivale a uma média mensal de 38.665 mil ligações. Dentro de todas as ligações recebidas, destaca-se as ligações que houveram envio de transporte “Regulação”, sendo uma média anual de 130.855 mil (28,2%).

Gráfico 2. Número de ligações para a Central de Regulação de Urgências (192), com destaque para aquelas que tiveram despacho de ambulâncias durante os anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, para todos os municípios da DRS XIII. Ribeirão Preto, 2017.

O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE – AVH

Em 2012, conforme atas das CIRs realizadas na DRS XIII mostram, houve a preocupação em viabilizar um dispositivo de equilibrar os custos fixos (financeiros), principalmente dos serviços de aspecto ou atendimento regional, na situação do SAMU Regional basicamente em dois eixos: Regulação Médica do 192 e USAs (unidade de suporte avançada) localizadas nos municípios polos como Batatais, Ribeirão Preto e Sertãozinho. Como observado a nível nacional e em razão das novas leis e regulamentações do terceiro setor, optou-se pela criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde CIS-AVH (Aqüífero Guarani, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde), iniciado pela coordenação do SAMU Regional e sua equipe técnica junto a equipe Jurídica da Prefeitura de Ribeirão Preto.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, foi criado em abril de 2012, sendo que a partir de junho de 2014, se deu a regularização de toda a sua constituição legal e formal, começaram então a serem traçadas as metas de trabalho para sua implementação no ano de 2015.

O CIS-AVH atualmente possui 32 municípios consorciados, onde 25 são membros desde sua criação, e outros 12 encontram-se em processo de regularização de inclusão. A abrangência populacional é de aproximadamente 1.700.000 mil habitantes, o que o coloca como um dos maiores Consórcios públicos de todo país.

Entre seus consorciados estão os municípios de: Altinópolis, Barrinha, Batatais, Brodowski, Cajuru, Cravinhos, Dumont, Guariba, Guataparé, Jaboticabal, Jardinópolis, Luiz Antonio, Monte Alto, Pitangueiras, Pontal, Pradópolis, Ribeirão Preto, Santa Cruz da Esperança, Santa Rita do Passa Quatro, Santa Rosa de Viterbo, Santo Antonio da Alegria, São Simão, Serra Azul, Serrana, Sertãozinho. Os municípios que estão se consorciando são: Aramina, Buritizal, Guará, Igarapava, Ipuã, Ituverava, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, São Joaquim da Barra e Sales de Oliveira.

O CIS-AVH é hoje um instrumento de suma importância que permitirá aos consorciados a formação de parcerias, obtenção de maior ganho de escala e melhoria técnica, gerencial e financeira na prestação de serviços de saúde pública, além de fortalecer e dar peso às reivindicações junto aos órgãos dos poderes públicos estaduais e federais.

O processo de constituição de um consórcio público começa com a decisão política tomada pelos Chefes dos Poderes Executivos de dois ou mais entes federativos de atuarem de forma cooperada na realização de determinada atividade pública, com o objetivo de alcançarem

objetivos comuns. Seguindo as orientações comuns para a criação de um consorcio intermunicipal de saúde desenham-se os passos necessários para sua implementação:

- Passo I - Articulação entre os poderes executivos dos entes federativos
- Passo II - Elaboração do Protocolo de Intenções
- Passo III Subscrição do Protocolo de Intenções
- Passo IV - Ratificação do Protocolo de Intenções
- Passo V – Elaboração do Regimento Interno
- Passo VI - Elaboração do Estatuto
- Passo VII - Contrato de Programa
- Passo VIII - Contrato de Rateio

Passo I - Articulação entre os poderes executivos dos entes federativos

Antes de iniciar o processo, faz-se necessária uma análise da existência de condições político-administrativas para estabelecer a relação cooperada, que demanda articulação, integração e convergência de interesses e propósitos entre os municípios com intenção de aderir ao consórcio.

Verifica-se ainda o ineteresse comum em compartilhar e cotizar os custos regionais de forma per capita garantindo a constituição de um serviço util e funcional de forma homogenea ou seja forma percapita conforme os principios do SUS da integralidade e universalidade.

Passo II - Elaboração do Protocolo de Intenções

A iniciativa pode ser de qualquer ente federado que tenha demonstrado interesse, assim o Município de Ribeirão Preto, buscou conseguir a adesão dos outros entes, dando início ao processo de elaboração do protocolo de intenções, normalmente, a partir da constituição de uma comissão de representantes dos entes interessados para definição de cláusulas mínimas e básicas da relação consorciada (o que já foi apresentado na análise documental).

O Protocolo de Intenção é um dos principais documentos na constituição do Consórcio. Por meio deste documento são estabelecidas as condições para o seu funcionamento. O conteúdo mínimo deve obedecer ao que está previsto na Lei de Consórcios Públicos e na sua regulamentação. (Decreto 6.017, Lei 17.1.2007). Devendo conter:

- I. Identificação do Consórcio: nome/denominação, objeto/finalidade, prazo de duração, local da sede do Consórcio, (admitindo-se a fixação de prazo indeterminado);
- II. Identificação dos entes consorciados, área de abrangência e de atuação, atribuições e competências;
- III. Natureza jurídica-especificação da personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica;
- IV. Direitos e deveres dos contratantes
- V. Inserir cláusulas que estabeleçam condições para o cumprimento do contrato;
- VI. Publicação em Diário Oficial, para conhecimento público;
- VII. Observância às normas do SUS e as legislações vigentes no âmbito federal, estadual e municipal;
- VIII. Estrutura Organizacional, administrativa e recursos humanos, contendo:

- ✓ A forma de provimento do Consórcio, forma de remuneração, os casos de contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público;
- ✓ As condições para celebração de contrato de gestão ou acordo com terceiros, e/ou entes não-consorciados;
- ✓ A forma de eleição dos participantes, duração dos mandatos, forma de convocação, aprovação e modificação do Estatuto, admissão e exclusão de consorciados, sanções por inadimplência, gestão dos recursos, de alteração e extinção do Consórcio, contratos de rateio e de programação de contas;
- ✓ A previsão do número de votos que cada consorciado na Assembleia Geral, sendo assegurado a cada um pelo menos um voto.

• Observação 01: Submissão do protocolo de intenções aos conselhos municipais ou estaduais da saúde dos entes federados envolvidos, para apreciação.

• Observação 02: Nenhum município deve se consorciar sem ter realizado exame do interesse público e discussão a respeito de sua participação, uma vez que, ao se consorciar, ele descentraliza competência e poder para a entidade interfederativa, comprometida não só com as demandas sociais sob a sua responsabilidade, mas com a de todos os demais entes consorciados.

• Observação 3: Havendo consenso sobre o interesse, o legislativo de cada cidade autoriza o município a participar do Consórcio através de lei municipal e autoriza os repasses financeiros oriundos do fundo municipal de cada consorciado.

Passo III - Subscrição do Protocolo de Intenções

- a) Pelos chefes do Poder Executivo - Prefeitos, quando se tratar de Consórcios Intermunicipais;
- b) Prefeito(s) e Governador, quando houver a participação do Estado;
- c) Prefeito(s), Governador e Presidente da República, quando se tratar de Consórcios entre os três entes da Federação.

Passo IV - Ratificação do Protocolo de Intenções

A ratificação do Protocolo de Intenções se efetua por meio de Lei, na qual o Poder Legislativo de cada ente consorciado aprova o protocolo de intenções, que se transformará em Lei que irá reger o Consórcio-Contrato do Consórcio Público.

Caso previsto, o consórcio público pode ser constituído sem que seja necessária a ratificação de todos os que assinaram o protocolo.

Na forma do texto legal, o contrato de consórcio assume efeitos jurídicos a partir das ratificações do protocolo de intenções pelos Poderes Legislativos dos entes consorciados.

A vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções e conversão em contrato de consórcio dá personalidade jurídica à associação pública.

Passo V – Elaboração do Regimento Interno

Contendo a definição da estrutura organizacional do Consórcio, os cargos em comissão e as funções comissionadas devem ser caracterizados, bem como a projeção do quadro de pessoal com as competências necessárias, quantitativos, remuneração, gratificações e outras vantagens.

Após a ratificação do protocolo de intenções, faz-se necessária a nomeação dos membros para compor uma estrutura mínima, constituída por:

- A. Assembleia Geral - com representação de todos entes consorciados;
- B. Presidência - Representante legal do Consórcio;
- C. Diretoria Executiva - constituída por um Diretor-Geral e um Diretor-Administrativo-Financeiro, escolhidos pela Assembleia Geral;
- D. Recursos Humanos - técnicos e pessoal administrativo.

A) Assembleia Geral

- Instância máxima e soberana do Consórcio, com poderes deliberativos sobre as questões pertinentes à gestão administrativa, financeira e política dos Consórcios Públicos de Saúde.
- Constituída pelos chefes do Executivo dos municípios consorciados e por representantes do Estado.
- Todas as decisões devem ser aprovadas pelo colegiado, como forma de assegurar a representação de todos os entes consorciados.
- Considerando-se o exercício de suas funções como de relevância social, não devem receber qualquer tipo de remuneração.

Atribuições e competências legais:

- a) Elaborar e alterar o Estatuto Social;
- b) Deliberar sobre as questões referentes à funcionalidade do Consórcio;
- c) Aprovar o relatório de prestação de contas do Consórcio, entre outras.

Representação dos votos na Assembleia Geral:

As representações de votos na Assembleia Geral poderá ter como critério, base populacional:

- Municípios até 35.000 hab - um voto
- Municípios acima de 35.001 hab a 75.000 hab - peso de dois votos
- Municípios acima de 75.001 hab a 100.000 hab - peso de três votos
- Municípios acima de 100.001 hab - peso de quatro votos
- O Estado terá peso de dois quintos do total de votos

B) Presidência

O presidente do Consórcio deverá ser eleito por unanimidade pela Assembleia Geral, para as seguintes funções:

- Representar legalmente o Consórcio
- Ordenar despesas
- Assinar contratos e convênios
- O mandato do presidente deverá ser por um período de 02 anos, com recondução por mais um período.

C) Diretoria Executiva

A Diretoria Executiva é uma estrutura formada por técnicos com experiência profissional e competência para operacionalizar o Consórcio. Deverá ser assumida por um Diretor-Geral e um Diretor-Administrativo-Financeiro, escolhidos pela Assembleia Geral.

Os membros da Diretoria Executiva, poderão ser escolhidos entre os Diretores dos Centros de Especialidades Médicas e dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO, localizados nas respectivas bases geográficas de cada Consórcio.

Passo VI - Elaboração do Estatuto

Será convocada a assembléia geral do consórcio público, que decidirá sobre os seus estatutos que, em tudo, deverão obedecer ao estatuído no protocolo de intenções que, após a ratificação, converte-se no contrato de constituição do consórcio público.

Os Estatutos e Regimentos são instrumentos que materializam a existência da entidade. Devem conter cláusulas que explicitem direitos e obrigações entre as partes envolvidas.

Cada entidade tem a liberdade de elaborar esses instrumentos, de acordo com as condições previstas na Lei do Consórcio Público.

O Estatuto tem por finalidade dispor sobre a organização do Consórcio, a estrutura administrativa, os cargos, as funções, atribuições e competências, forma de eleição, de organização e demais regras para sua funcionalidade.

O conteúdo deve ser objetivo, claro e em conformidade com o Protocolo de Intenções.

O Estatuto e/ou Regimento devem ser aprovados pela Assembleia Geral e publicados na Imprensa Oficial, no âmbito de cada ente consorciado, para que possam produzir os seus efeitos.

A publicação dos Estatutos poderá ser de forma resumida, desde que a publicação indique o local e o sítio da rede mundial de computadores - internet, em que se poderá obter seu texto integral.

Passo VII - Contrato de Programa

Documento que estabelece as obrigações de prestação de serviços pelo Consórcio, forma de transferência total ou parcial dos encargos, de pessoal ou bens necessários ao seu funcionamento.

O Contrato de Programa exige uma Programação Pactuação Consorciada - PPC, das demandas locais, baseada nas necessidades reais e do perfil epidemiológico da população.

Elementos que devem constar no Contrato de Programa:

A identificação dos bens transferidos, os tipos de transferências e sua periodicidade, a indicação de quem arcará com o ônus, o passivo do pessoal cedido e os recursos necessários à efetividade dos serviços e a responsabilidade subsidiária de quem os transferiu.

O Contrato de Programa continuará em vigor mesmo se ocorrer a retirada de um dos membros consorciados.

- Observação 01: Constitui improbidade administrativa celebrar contrato ou outro instrumento que tenha por objeto a prestação de serviços públicos por meio de cooperação federativa sem a celebração de contrato de programa, ou sem que sejam observada outras formalidades previstas em lei, nos termos do disposto no Art. 10, inciso XIV, da Lei nº 8.429, de 1992.

PASSO VIII - Contrato de Rateio

Instrumento jurídico formal que define as responsabilidades econômico-financeiras por parte de cada consorciado e a forma de repasse de recursos de cada participante, para a realização das despesas do Consórcio Público.

A Figura 10 abaixo mostra os conteúdos essenciais de procedimentos com o Protocolo de Intenções para a Ratificação do Contrato de Consórcio.

Figura 10. Conteúdos essenciais de procedimentos com o Protocolo de Intenções para a Ratificação do Contrato de Consórcio.

A Quadro 8 mostra a caracterização do consócio de direito público quanto aos aspectos administrativos considerando sua regulamentação.

Aspecto administrativo	Caracterização
Início de instrução normativa	Subscrição do Protocolo de Intenções pelos chefes do Poder Executivo
Forma de Instituição	Criado por lei de ratificação do contrato de consórcio após a Ratificação do Protocolo de Intenções pelo Poder Legislativo de cada ente consorciado
Origem dos recursos	Contrato de rateio, doações, auxílio, contribuições e subvenções e receitas próprias
Diretoria Executiva	Assumida por um Diretor-Geral e um Diretor-Administrativo-Financeiro, escolhidos pela Assembleia Geral
Estatuto	Aprovados pela Assembleia Geral e publicados na Imprensa Oficial, no âmbito de cada ente consorciado
Vinculação administrativa	Integra a Administração Pública Indireta dos entes consorciados
Assembleia Geral	Constituída pelos chefes do Executivo dos municípios consorciados e por representantes do Estado
Regime de compras	Obrigado a realizar licitação, observando as regras especiais autorizadas pela Lei 11.107/2005
Controle	Está sujeito à fiscalização contábil, operacional e patrimonial pelo Tribunal de Contas competente
Regime de pessoal	Celetista, contratado por concurso; Pode ter quadro de servidores estatutários cedidos pelos entes consorciados;
Teto remuneratório	estabelecido no contrato de consórcio
Autonomia orçamentaria	O orçamento do consórcio público é não legislativo, aprovado pela sua Assembleia Geral. Deve prestar informações aos entes consorciados para subsidiar a elaboração de suas respectivas leis orçamentárias (no que se refere às transferências via contrato de rateio)
Imunidade	Goza de imunidade tributária; Não goza de imunidade previdenciária sobre sua força de trabalho celetista.
Sistemas administrativos	Sistemas próprios
Relacionamento com a União	Podem estabelecer convênios com a União

Quadro 8. Caracterização do consócio de direito público quanto aos aspectos administrativos considerando sua regulamentação.

O Consórcio CIS-AVH não possuía quadro de funcionários, nem um organograma definido das funções de caráter permanente, sendo que as ações se remetiam e eram concentradas na pessoa de seu presidente. A partir de dezembro de 2014, foi implantado um organograma funcional, de forma efetiva e nos termos estatutários. Desde então, várias medidas necessárias foram sendo implantadas:

- Estruturação do setor de licitação com a capacitação e habilitação do pregoeiro responsável, nos termos do parágrafo único do artigo 7º do Decreto Federal 3.555/2.000, e o inciso IV do artigo 3º da Lei 10.520/2.002, da formação de uma Comissão Permanente de Licitação, bem como do Regulamento Interno de Licitações e Registro de Preços, com a finalidade de implantação do sistema de pregão para aquisição de produtos e serviços de interesse dos consorciados.
- Para a prestação de contas junto ao TCE, toda a documentação deve estar registrada junto ao Cartório Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica de Ribeirão Preto, sob número 035484, averbado a margem do registro número 31128, livro V.
- Licença de uso de software contábil, a fim de dar mais agilidade e transparência ao processo contábil financeiro. O Consórcio tem suas contas auditadas pelo Tribunal de Contas do Estado, além de apreciação do Conselho Fiscal.
- Provimento de dados o site oficial do Consórcio AVH (<http://www.cisavh.com.br>), que disponibiliza ao público em geral todas as ações do Consórcio como editais, portarias, legislação, licitações, prestação e serviços, informativos. A Figura 11 mostra a página inicial do site do Consórcio.

Figura 11. Página inicial do site do Consorcio Intermunicipal de Saúde CIS – AVH.

- Acolhimento do Portal de Transparência, de acordo com a exigência da Lei 11.107/2.005.
- Regularização da documentação referente ao licenciamento de uso dos rádios comunicadores utilizados pelos municípios que compõem o Consórcio junto a ANATEL (Agência Nacional de Telecomunicações).
- Reivindicar cadeira permanente junto ao Conselho de Municípios do Departamento Regional de Saúde do DRS XIII, onde são discutidas políticas de saúde pública dos entes consorciados, e debatidos assuntos de grande interesse na área da saúde.

- Estruturação jurídica para legalização do CIS-AVH.
- Estruturação de sua sede própria, da contratação de quadro de funcionários efetivos por meio de concursos públicos, do início da contratação de bens e serviços para utilização dos consorciados através de procedimentos licitatórios regulares, realização de cursos e oficinas direcionadas aos profissionais da saúde, gestão administrativa e atuação política junto aos diversos órgãos dos governos estadual e federal para a obtenção de conquistas à toda população de abrangência do Consórcio, sempre atendendo aos interesses e reivindicações dos municípios consorciados.

6. DISCUSSÃO

No ano de 1998 no município de Ribeirão Preto o serviço de APH torna-se o SAMU Municipal de Ribeirão Preto, após o decorrer dos anos, com o aumento populacional e as dificuldades de atendimento das cidades em torno de Ribeirão Preto, o SAMU Municipal tornou-se SAMU Regional (2012/2013), trazendo muitas vantagens para a saúde dos municípios participantes.

No levantamento dos documentos referentes à implantação do SAMU Regional, foram encontradas as atas que apresentam os fatos importantes dessa transição do SAMU Regional, será apresentado um breve histórico dos fatos importantes que nelas constam.

A ideia do SAMU Regional do DRS XIII surgiu em 2010 com o intuito de melhorar e ampliar o atendimento pré-hospitalar (APH) em todos os municípios que compõem o DRS XIII e atender as normas do Ministério da Saúde, pois na época o atendimento de APH era confuso e não era abrangia a todas as cidades. Em 2010 os esforços para a implantação do SAMU Regional começaram a ficar mais intenso, o DRS XIII havia sido contemplada com a liberação das algumas USA para serem distribuídas entre as cidades polos do DRS XIII. Nas reuniões viu-se a importância de um Conselho Gestor da Regional da Urgência e Emergência com a participação dos municípios polos como membros natos do conselho, porém não havia sido viabilizada a realização do conselho.

No ano de 2010, já havia a preocupação da transição do SAMU para o SAMU Regional com a unificação do SAMU com o chamado para o número 192 e também da Central de Regulação Médica de Urgência que estava começando seu funcionamento regional. Como os serviços de telefonia, Regulação e SAMU eram separados, havia uma certa dificuldade de

entendimento da população no entendimento e fluxo de atendimento das USBs e USAs. Havia também a dificuldade da mobilidade das USAs fora da cidade que as ambulâncias se encontravam, no entanto, o objetivo principal da montagem do SAMU Regional era a ampliação do seu atendimento de baixa e alta complexidade em todas as cidades da DRS XIII e um menor tempo resposta aos chamados.

Inicialmente surge a ideia que Serra Azul seria a primeira cidade a testar a unificação do SAMU Regional, com a regulação e os chamados do 192, porém após algumas reuniões foi discutido e acordado que o início da unificação dos serviços seria colocado em prática na cidade de Sertãozinho (um dos polos do DRS XIII) em janeiro de 2012. Após este piloto inicial, na sequência, em poucos meses foram incluídas todas as outras cidades do DRS XIII.

O fluxo de atendimento do SAMU Regional do DRS XIII ficou mais claro e melhor organizado com a nova proposta, no qual o paciente liga para o 192, a chamada telefônica cai na Central de Regulação de Urgência de Ribeirão Preto que, por sua vez, direciona a ocorrência para as ambulâncias específicas da cidade da ocorrência ou para o município polo referente a esta cidade, dependendo da gravidade de cada ocorrência. Juntamente com o início da regionalização do SAMU, foi implementado um programa privado de informatização do processo de trabalho na Central de Regulação de Urgência chamado TRUE (sistema informatizado de regulação médica), que envia em tempo real todas as informações dos chamados. Com esse programa, a organização dos dados se tornou mais eficaz e completa, auxiliando toda a equipe do SAMU.

Neste mesmo período, em paralelo à este avanço técnico e administrativo, as discussões políticas no Conselho Regional de Gestores de Urgência sobre consórcios de saúde avançavam, porém como os coordenadores da época tinham pouca experiência com este assunto, viu-se a

necessidade e importância de trazer profissionais de fora da região de Ribeirão Preto com experiência para mostrar aos coordenadores do SAMU Regional do DRS XIII o funcionamento e as vantagens do consórcio intermunicipal. No início desta discussão, as cidades menores ficaram com receio em aderir ao consórcio, pois havia o pensamento que gastariam muito. Porém, após muitas reuniões e mostrar que as vantagens seriam grandes e o gasto reduzido, os prefeitos das cidades do DRS XIII foram aderindo paulatinamente ao Consórcio Intermunicipal de Saúde CIS-AVH, que foi criado para suprir todas as demandas financeiras de saúde regional. As discussões que se iniciaram em 2011, elaborado em 2012 e finalizado em 2014, com o principal objetivo de trabalhar e auxiliar na parceria da gestão da saúde junto as Secretarias Municipais da Saúde do DRS XIII tanto nas formas de contratação de serviços, aquisições de insumos a saúde, bem como no credenciamento de exames laboratoriais e de imagem entre outros, inclusive o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192.

A Regionalização do SAMU de Ribeirão Preto ocorrida em 2012, onde definiu-se nas reuniões ocorridas nas CIR (Conselho Intergestores Regionais) no DRS XIII como consta em atas, a composição e o custeio do SAMU Regional, nos componentes UBSs, USAs e CURM (Central Única de Regulação Médica), sendo variável entre habilitada e qualificada, conforme portaria portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013 que 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.

Com os avanços e o cumprimento das portarias, no ano de 2013 todos os municípios foram contemplados com as ambulâncias USB, porém ainda faltavam a capacitação desses

profissionais, o que era um requisito da portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013. Assim, aos poucos esses profissionais do SAMU Regional foram sendo capacitados e com isso melhorando efetivamente o atendimento às ocorrências. Nesse ano referido, o SAMU Regional do DRS XIII crescia cada vez mais, pois a cada momento os pontos fracos e os problemas levantados eram discutidos em reuniões para pensar em soluções no melhoramento do fluxo do SAMU Regional.

Notou-se grandes avanços com a transição do SAMU Municipal para o SAMU Regional, uma delas foi à linha telefônica unificada do 192 para os municípios do DRS XIII, tornando o atendimento mais preciso, facilitando o envio do transporte, melhorando o tempo resposta dos atendimentos e facilitando os usuários com a unificação de um único número para chamados.

Com a evolução dos atendimentos e a melhoria no tempo resposta, surge a ideia das “Motolâncias” para que pudesse ser realizado um atendimento de forma ainda mais rápida no local dos chamados. Com a ampliação do atendimento e crescimento populacional os veículos, foram ganhando melhorias para melhoria do tempo resposta, como UBS de tração 4x4, e possibilitando atendimentos em municípios de locais de acesso mais difícil. Porém, havia dificuldades em alinhamento de ações entre a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), que faz a regulação dos casos de urgências (exceto Ribeirão Preto, que tem central própria) e o SAMU Regional do DRS XIII.

A Central de Regulação de Urgências é o local de recebimento dos chamados, tanto para as unidades de saúde como para os usuários fora das unidades de saúde. A Central de Regulação de Urgências foi evoluindo muito com o decorrer dos anos. A capacitação dos profissionais para todos os tipos de atendimentos, facilitando a escolha correta para o envio do transporte, fez com que essa central que abrangesse todos os municípios de forma mais organizada para receber as

informações e continuar o processo contínuo de melhora do atendimento. Nesse Centro, a rotina é 24 horas por dia, mantendo a escuta atenta e o acesso ao cuidado à saúde da população de todos os municípios do DRS XIII.

Nas reuniões para melhoria do SAMU Regional discutia-se a autonomia do SAMU frente à tomada de decisões nas urgências e os acordos para o crescimento do SAMU Regional do DRS XIII, que fizeram toda a diferença no tempo resposta dos atendimentos. Nas reuniões mais recentes foram observados os constantes esforços para melhorias do SAMU Regional quanto à adequação dos pontos fracos, e também discutido novas parceiras com hospitais no município de Ribeirão Preto para atendimento de determinados tipos de ocorrências, para que dessa forma os pacientes tivesse uma maior integralidade para melhor qualidade nos recursos.

Com a regionalização o DRS XIII conseguiu um avanço considerável do APH móvel, distribuindo USBs em todos os municípios e USAs nos municípios polo, trazendo um melhor tempo resposta no atendimento.

O repasse financeiro foi um item importantíssimo na construção do SAMU Regional do DRS XIII. Os valores abaixo seguiram o repasse financeiro segundo as Portaria nº1010, de 21 de maio de 2012 do Ministério da Saúde, que posteriormente foi substituída pela Portaria nº1473/GM/MS de 18 de julho de 2013. Dentro das duas portarias citadas há vários recursos a serem repassado, porém irá variar conforme ao número populacional de cada local. Para o repasse ao DRS XIII, a quantidade populacional é referente à junção de todos os municípios (com 1.356.165 habitantes). O DRS XIII seguiu a norma de repasse financeiro de 700.001 a 1.500.000 habitantes. Outro item muito importante para o repasse financeiro é a Habilitação e Qualificação das unidades do SAMU Regional.

De acordo com as portarias ministeriais foram **habilitadas** as unidades que demonstraram o funcionamento efetivo da Central de Regulação e Unidades Móveis mediante a apresentação de uma série de documentos que constam nas portarias citadas anteriormente, sendo esses os documentos:

1) Central de Regulação:

- Documento sobre o incentivo financeiro de custeio;
- Escala dos profissionais em exercício;
- Parecer informando a data de início de funcionamento;
- Termo de compromisso com relação a manutenção da padronização;
- Declaração sobre o funcionamento de sistema de comunicação entre a Central de Regulação e as Unidades Móveis;
- Declaração da empresa telefônica sobre o dígito 192 em funcionamento na área de abrangência; e
- Declaração de capacitação dos profissionais)

2) Unidades Móveis:

- Cópia do seguro contra sinistro de todos os veículos; Escala dos profissionais em exercício;
- Cópia do licenciamento automotivo e pagamento do DPVAT;
- Termo de compromisso com relação a manutenção,
- Declaração de capacitação dos profissionais para todos os tipos de veículos que as unidades possuem;
- Termo de compromisso regulamentando as aeronaves;

- Compra de uniformes padrões para as equipes;
- Manutenção das Bases Descentralizadas; e
- Parecer informando a data de início de funcionamento.

Após as unidades já terem sido habilitadas poderão se tornar **qualificadas**, dessa forma, o valor de repasse financeiro aumenta, no entanto, para isso é preciso seguir as normas que constam nas portarias citadas anteriormente, são elas:

- Documento solicitando custeio diferenciado para a Central de Regulação das Urgências, Bases Descentralizadas e/ou Unidade Móvel;
- Plano de ação regional do SAMU Regional contemplando a organização de toda a Rede de Atenção às Urgências;
- Existência e funcionamento de algum “software” de regulação de urgência e emergência que garanta confiabilidade e integridade da informação;
- Grade de referência atualizada da Rede de Atenção às Urgências;
- Relatório de capacitação permanente dos servidores vinculados ao SAMU Regional;
- Padronização da estrutura física visual;
- Padronização visual dos uniformes das equipes;
- Avaliação periódica das condições de funcionamento do serviço;
- Avaliação do cumprimento do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências;

- Envio a cada 6 meses de um relatório descritivo analítico (com indicação de todas as Unidades Móveis que compõem a Central de Regulação das Urgências, manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos,
- Comprovação do seguro contra sinistro para as Unidades Móveis,
- Escala de serviço atual dos profissionais da Central de Regulação das Urgências e das equipes das Unidades Móveis reguladas).

O processo para se conseguir a categoria de Habilitada e Qualificada, não foi rápido. Isto não aconteceu de uma vez só, em alguns municípios foi mais rápido que outros, porém todos cumpriram as normas e foram considerados Habilitados e Qualificados. Isso fez com que o repasse financeiro aumentasse, valorizando o trabalho de todos os profissionais envolvidos.

Mesmo com todas as dificuldades e insegurança dos municípios do DRS XIII, o consórcio foi importante na complementação da verba que faltava para a manutenção mensal do SAMU Regional do DRS XIII.

A indução da regionalização ao nível federal tem sido uma realidade posta no cenário nacional, que certamente vem modificando o atual padrão assistencial no SUS. No bojo das portarias ministeriais da saúde, onde são regulamentadas e liberadas novas propostas de atenção dentro da política nacional, várias são exigências postas que induzem os municípios a aderirem aos investimentos de regionalização. A exemplo, na urgência, temos os condicionantes para a expansão da atenção pré-hospitalar fixa - UPA são, em que o governo determina: “podem ser apresentados projetos de adequação e implantação de UPA e salas de estabilização em concomitância de apresentação de projetos de novos SAMU, desde que os mesmos tenham

caráter regional”. Nessa condição observa-se claramente o reforço pela regionalização (BRASIL, 2008, s.p; O`DWYER, 2009).

Entretanto, não podemos desconsiderar a complexidade desse processo, uma vez que envolve muitos atores com diferentes interesses. No caso do processo de Regionalização do SAMU de Ribeirão Preto, observa-se que se trata de um processo de complexa negociação, mas que é possível e necessária.

Devido às suas características objetivas, a área da saúde tende a demandar uma cooperação entre os municípios, pois a adequação da oferta dos serviços à necessidade de se gerar ganhos de escala, exige o atendimento aos condicionantes da Política de Atenção às Urgências com suas orientações que induzem uma regionalização, e a organização de um sistema de oferta que extrapole os limites das divisões político-territoriais, para ampliar as possibilidades de serviços (ROCHA, 2016).

Os recursos federais repassados de modo regular e automático (fundo a fundo), em conformidade com as disposições da Lei nº 8.142/1990, constituem receitas do município de Ribeirão Preto, que compõem o bloco de financiamento da Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC) e são definidos como ingressos de recursos financeiros nos cofres dos entes governamentais, com a finalidade de cobrir as despesas com ações e serviços públicos. Entretanto, tais recursos são insuficientes para a cobertura da parcela de financiamento delegada à União no acordo tripartite firmado para custeio do SAMU, levando o município a optar pela busca de alternativas de financiamento para o serviço (FERREIRA; SCATENA, 2017; O`DWYER et al., 2017).

Para avançar no processo de Regionalização, considerando as necessidades de maior aporte financeiro em consequência da ampliação do serviço, e de cooperação intermunicipal para aumentar a cobertura territorial visando a ampliação do acesso e da integralidade, iniciaram-se as discussões sobre o consórcio de saúde, que nesse caso superou os obstáculos oriundos de diferenças político-partidárias com os governantes de outros municípios, prevalecendo uma preocupação quanto a garantia de acesso a um serviço de direito da população que era o SAMU.

Como pode ser observado na análise documental, esse processo de discussão dos embates políticos é variavelmente precário. Rocha (2017) ressalta nesse sentido que os CISs acabam apresentando equilíbrios mais ou menos instáveis, pois sempre está presente a possibilidade de partidarização das relações entre as lideranças municipais.

A respeito do rateio do custo previsonado pelo Consórcio que foi estabelecido em Assembléia e com a equipe técnica do Consorcio, ressalta-se que a Lei nº 11.107, de 2005, ofereceu alguns incentivos como a introdução do contrato de rateio, que de certa forma ajuda a dificultar a interrupção do fluxo de recursos destinados a custear as despesas do CIS (BRASIL, 2005).

Ressalta-se ainda que embora a Lei nº 11.107/2005 exija que o ente consorciado deixe consignado em seu orçamento, a parcela para atender às despesas assumidas pelo consórcio, o orçamento não tem caráter impositivo. Portanto, o contrato de rateio representa um avanço, mas não uma garantia de sustentabilidade do CIS.

O descumprimento do repasse, ou a saída de um município do consórcio, não representa a descontinuidade de atendimento da sua população, pois a Lei proíbe discriminação de pacientes com base no local de moradia, o que permitiria que um município se consorcie e, com isso,

viabilize a oferta do serviço para sua população, podendo depois se retirar, deixando o custo de manutenção a cargo dos demais consorciados, o que repercute em insegurança para o serviço (MENEGUIN, 2012).

Ao longo do processo de Regionalização com a escolha do CIS como possibilidade de gestão da cooperação entre os municípios, observaram-se algumas vantagens como:

- Redução dos custos operacionais, a eficiência e a eficácia na aplicação dos recursos financeiros.
- Obtenção de ganho de escala na compra de medicamentos, equipamentos e material de consumo.
- Compartilhamento de recursos, equipamentos, pessoal, prestação de serviços e outros;
- Fortalecimento das instâncias locais e regionais e o processo de descentralização, formando vínculos de cooperação e de gestão compartilhada.
- Integrar diferentes realidades locais, preservando suas peculiaridades, na busca da solução de problemas comuns.

Do ponto de vista dos custos, os gastos com a Central de Regulação de Urgência do 192 é a diferença entre o custo dos profissionais, conforme a categoria profissional da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto subtratido ou descontado o custeio mensal obtido do repasse junto Ministério da Saúde para Central de Regulação de urgência habilitada e qualificada definido pela Portaria nº 1010/2012 inicialmente e, posteriormente a Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013, que redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências. O resultado deste cálculo é dividido pelo número de habitantes da região do DRS XIII e o valor per capita, conforme a

população de cada município, definindo-se o valor de repasse de cada município para o CIS-AVH e deste para o prestador municipal.

A respeito dos gastos com as USAs, segue-se o mesmo raciocínio matemático, ou seja, o custo de cada equipe de USA é custeada pelo município subtraído pelo valor de custeio das USAs habilitada e qualificada do Ministério da Saúde, com o valor total das três USAs somadas divide-se pelo número de habitantes e este valor per capita de cada município é repassado ao Consorcio que, por sua vez, repassa as três cidades polos microrregionais (Ribeirão Preto, Sertãozinho e Batatais).

Em razão das diferenças salariais entre os municípios com serviços regionais, posteriormente, definiu-se outra lógica, na qual o valor do serviço é realizado pela contratação direta do Consorcio Cis-AVH e este valor subtraído do valor de custeio do Ministério da Saúde dividido pelo número de habitantes. Isso leva a um novo valor per capita, o qual é cobrado dos municípios e repassados ao ente com serviço regionalizado como Batatais, Sertãozinho e Ribeirão Preto.

7. CONCLUSÃO

O estudo mostra a experiência de Ribeirão Preto na regionalização do SAMU Regional na abrangência dentro do DRS XIII, seus aspectos históricos e evolutivos com a finalidade de facilitar e propagar a experiência para outros SAMUs em transição de regionalização, demonstrando que para o melhor êxito, faz-se necessário o interesse comum e as pactuações necessárias. Como demonstrado neste estudo, o interesse dos municípios principalmente os Secretários Municipais de Saúde e Diretoria do Departamento Regional de Saúde XIII, articulado pelo gestor do SAMU Municipal de Ribeirão Preto (Secretário de Saúde) e Coordenação do SAMU que organizaram todo o processo de reestruturação fisca da Central de Regulação Médica, dimensionamento das equipes técnicas e capacitação dos novos integrantes das bases descentralizadas, a montagem do Plano Operacional e suas implicações e, principalmente, a criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde no custeio das partes envolvidas regionalizadas como Regulação Médica e USAs (SAMU 192), pertencente a Central de Regulação das Urgências Regional de Ribeirão Preto (SP) e autorização da transferência de custeio mensal ao Município.

8. REFERÊNCIAS

Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2016b.

ADNET F, LAPOSTOLLE F. International EMS systems: France. Resuscitation 63(1):7-9. 2004.

ADNET F, Lapostolle F. International EMS systems: France. Resuscitation Oct;63(1):7-9, 2004

AL-SHAQSI, S. et al. Models of international emergency medical service (EMS) systems. Oman Medical Journal, Nova Zelândia, v. 25, n. 4, p. 320-323, 2010.

ALBUQUERQUE, V.S.; MINAYO, M.C.S. Atendimento pré-hospitalar de emergência: referenciais técnicos, gestão dos serviços e atuação profissional. Cadernos de Saúde Pública. Submetido.

ALMEIDA, P.F., et. al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. Saúde Soc., São Paulo, 25(2): 320-335, 2016.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, v. 112 (24 Suppl): IV1-203, 2005.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, v. 112 (24 Suppl): IV1-203, 2005.

ARNOLD JL. International emergency medicine and the recent development of emergency medicine worldwide. Ann Emerg Med;33(1):97-103. 1999

ARRETCHE, M. Mitos da descentralização. Mais democracia e eficiência nas políticas públicas? Revista Brasileira de Ciências Sociais, n. 31, ano 11, pp. 44-66. . 1996.

BRASIL. Senado Federal. DECRETO Nº 46.349, DE 3 DE JULHO DE 1959. Aprova o Regulamento do Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência S.A.M.D.U., 1959.

BRASIL -OPAS/OMS Escritório de Representação no Brasil. A SAÚDE NO BRASIL. Editora do MS, Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2923, de 15 de junho de 1998. Institui o programa de apoio a implantação dos sistemas estaduais de referencia hospitalar para atendimento de urgência e emergência.. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 824, de 24 de junho de 1999. Urgência e Emergência. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999. Disponível em: sna.saude.gov.br/legisla/legisla/urg_e/GM_P824-99urg_e.doc.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 479, de 15 de abril de 1999. Cria mecanismos para a implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar e m Atendimento de Urgências e Emergências. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 824, de 24 de junho de 1999. Aprova o texto de normatização de atendimento pré-hospitalar. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Urgência e emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar para o atendimento de urgência e emergência. Brasília: Ministério da saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 737/GM de 17 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 814, de 04 de junho de 2001. Estabelece, o conceito geral, os princípios e as diretrizes da regulação médica das urgências. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002 [cited 2010 set 20]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 344, de 19 de fevereiro de 2002. Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito-Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde (Anexo). Brasília: Ministério da Saúde; 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1864 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. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1864_29_09_2003.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 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. In: Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 1864 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. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 2072 de 30 de outubro de 2003. Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 997, de 26 de maio de 2004. Estabelece recursos no montante de R\$ 1.308.000,00 (hum milhão, trezentos e oito mil reais) a serem incorporados ao limite financeiro anual da assistência ambulatorial e hospitalar (média e alta complexidade) do Estado de São Paulo e Município de Ribeirão Preto/SP, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, para o custeio do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU192. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004.

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. Brasília; 2004a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2420, de 10 de novembro de 2004. Constituiu o Grupo Técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do SUS na abordagem dos episódios de morte súbita. Brasília: Ministério da Saúde; 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1828, de 02 de setembro de 2004. Institui incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1927, de 15 de setembro de 2004. Estabelece incentivo financeiro aos Estados e municípios qualificados pelo Ministério da Saúde já cadastrados com SAMU para a adequação de áreas físicas das Centrais de Regulação Médica de Urgência no território nacional [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU-192. Brasília: Ministério da Saúde; 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 179, de 20 de maio de 2004. Qualifica a contar da competência abril/04, os Serviços de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU-192, dos municípios, Betim, Belém, Ribeirão Preto e Natal à Rede Nacional de Atenção às Urgências:. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2004f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de maio de 2001. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006a

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 3.125, de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS- Urgência - e define competências. Diário Oficial da União, de 7 de dezembro de 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2970/GM de 8 de dezembro de 2008. Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 491, de 09 de setembro de 2008. Institui a câmara de assessoramento técnico à coordenação-geral de urgência e emergência, do departamento de atenção especializada, da Secretaria de Atenção a Saúde, do Ministério Da Saúde - CGUE/DAE/SAS/MS. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2922, de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.971, de 8 de dezembro de 2008 .Institui o veículo motocicleta-motolância como integrante da frota de intervenção do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em toda a Rede SAMU 192 e define critérios técnicos para sua utilização. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.020, de 15 de maio de 2009 . Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a política nacional de atenção às urgências e institui a rede de atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011. disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2026/GM 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. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2011a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.301, de 29 de setembro de 2011. Altera os arts. 35 e 40 da Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que aprova as Diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192). Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1010/GM de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1010 de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.792, de 22 de agosto de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1034, de 24 de maio de 2012. Destina recursos financeiros para Construção, Aquisição de Materiais e Mobiliário e Equipamentos de Tecnologia da Informática e Rede ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da Central Regional de Ribeirão Preto (SP). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.896, de 05 de setembro de 2012. Redefine o limite financeiro anual dos recursos destinados ao incentivo de custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU 192, Regional de Ribeirão Preto (SP), e habilitação das Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.147, de 19 de outubro de 2012. Habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber 1 (uma) Unidade de Suporte Avançado, destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), da Central de Regulação das Urgências do (SAMU 192) Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio ao Município. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1473/GM de 18 de 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. [Internet]. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 50, de 16 de janeiro de 2013. Qualifica Unidades de Suporte Básico e Avançado, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) dos Municípios de Ribeirão Preto (SP), Sertãozinho (SP), Cajuru (SP), a Central de Regulação Médica das Urgências de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio aos Municípios. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2449, de 17 de outubro de 2013. Habilita os Municípios de Altinópolis (SP), Pontal (SP), São Simão (SP), Santa Cruz da Esperança (SP), Santo Antônio da Alegria (SP), Santa Rita do Passa Quatro (SP), Cravinhos (SP), Serrana (SP), Brodowski (SP), Santa Rosa do Viterbo (SP), Luiz Antônio (SP), Pradópolis (SP), Barrinha (SP), Guariba (SP), Guataporá (SP), Jardinópolis (SP) e Monte Alto (SP), a receberem Unidade de Suporte Básico, destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), da Central de Regulação das Urgências, Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio mensal. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2177, de 03 de outubro de 2014. Qualifica 21 (vinte e uma) Unidades de Suporte Básico (USB) e 1 (uma) Unidade de Suporte Avançado (USA) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de custeio aos Municípios. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 769, de 17 de junho de 2015. Renovação da Qualificação da Central de Regulação das Urgências (CRU) do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), Regional de Ribeirão Preto (SP) e Bases descentralizadas de Ribeirão Preto, Sertãozinho e Cajuru (SP). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3259, de 29 de dezembro de 2016. Habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber Unidades de Suporte Básico (USB) destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), pertencentes a Central de Regulação das Urgências Regional de Ribeirão Preto (SP) e autoriza a transferência de incentivo de custeio ao município. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3390, de 29 de dezembro de 2016. Habilita o Município de Ribeirão Preto (SP) a receber 2 (duas) unidades de Motolância, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

CABRAL, Amanda Priscila de Santana. Um Termômetro do Sistema Único de Saúde – O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192): Análise do Modelo em uma Cidade

do Nordeste Brasileiro. Monografia (Especialização). Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ/MS. Recife, 2007.

CAMPOS, Renata Moreira Satisfação da equipe de enfermagem do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) no ambiente de trabalho. 2005. 127 f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, [2005].

CFM, Conselho Federal de Medicina. Resolução 1451 de 10 de março de 1995. Determina normas mínimas para composição e funcionamento de serviços de pronto-socorro públicos e privados do país . [Internet]. São Paulo (Brasil); 1995

DE LIMA, Ana Paula Gil. Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, p. 985-996, Dec. 2000 .

DESLANDES, S.F. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.

DIAS, Livia Karla Sales. Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na Atenção aos acidentes de trânsito na zona urbana de Sobral- CE [dissertação]. Programa de Pós Graduação em Saúde da Família da UFCE – Sobral, 2016.

DOS ANJOS, Morgana Puntel; DA LUZ JUNIOR, Roberto. Consórcios públicos: parceria entre os municípios para realização de objetivos comuns [monografia]. Santa Maria: /Pós Graduação em Gestão Pública Municipal – EAD. UFSM; 2012.

DUCASSE JL, Battefort F, Bleichner G. From the call to the advanced life support: management of emergency care units in France. Rev Prat;56(7):725-8, 2006

DYKSTRA, E. H. International Models for the Practice of Emergency Care. American Journal of Emergency Medicine, Philadelphia, v. 15, n. 2, p. 208-209, 1997.

FARIA, Tamara Lima Martins et al . A Política Nacional de Urgência e Emergência sob a Coordenação Federativa em Municípios Paraenses. Saude soc., São Paulo , v. 26, n. 3, p. 726-737, set. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300726&lng=pt&nrm=iso>.

Acessos em 23 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170063>.

FERNANDES, Rosana Joaquim. Caracterização da atenção pré - hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

FERRARI, D. História da ambulância. Revista Intensiva, v.4, p.132, 2006.

FERREIRA, C.S.W. Os serviços de assistência às emergências no município de São Paulo: implantação de um sistema de atendimento pré-hospitalar [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina/Universidade de São Paulo; 1999.

FONTANELLA JM & CARLI P. Les matériels et les techniques de réanimation pré-hospitalière – Les Unités Mobiles Hospitalière des Samu. In: SFEM eds. Collection Médecine d’Urgence SAMU, 1992.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

Gomes E, Araujo R, Soares-Oliveira M, Pereira N. International EMS systems: Portugal. Resuscitation; 62(3):257- 60, 2004

GONSAGA, Ricardo Alessandro Teixeira et al . Características dos atendimentos realizados pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no município de Catanduva, Estado de São Paulo, Brasil, 2006 a 2012. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 22, n. 2, p. 317-324, jun. 2013. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000200013&lng=pt&nrm=iso>.

Acesso em 08 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000200013>.

GUERRA, S.D. Manual de Emergências. 1ª ed Folium v. 1. 140p, Belo Horizonte. 2001.

GUSMÃO FILHO, F.A.R. análise de implantação da política de qualificação da atenção à saúde do Sistema Único de Saúde – Política Qualisus – em três Hospitais do município do Recife [Tese]. Programa de Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; Recife, 2008.

HUIYI T. A study on prehospital emergency medical service system status in Guangzhou. Hong Kong: University of Hong Kong; 2007.

JARDIM, Katia Figueiredo de Souza Barreto. O serviço ambulatorial móvel de urgência (SAMU) no contexto da reforma psiquiátrica: em análise a experiência de Aracaju/SE. Universidade Federal do Rio Grande do Norte [Dissertação]. Natal, 2008.

LEITE, C. C.; GOMIDE, C. de M. e SILVA, I. G. da. “Consórcios Intermunicipais: Modelo Organizacional”. In: FUNDAÇÃO PREFEITO FARIA LIMA – Cepam. Consórcio Intermunicipal: uma forma de cooperação intermunicipal. Estudos, pareceres e legislação básica. São Paulo, ano I, n. 2, pp. 48-58. 2001

LOPES, L. Atendimento de emergência no Brasil [dissertação]. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC Centro Educacional São Camilo – Sul; 2009.

LOPES, Sérgio Luiz Brasileiro; FERNANDES, Rosana Joaquim. UMA BREVE REVISÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO PRÉ-HOSPITALAR. Medicina (Ribeirão Preto. Online), Ribeirão Preto, v. 32, n. 4, p. 381-387, dec. 1999. ISSN 2176-7262.

LÓPEZ, M. Emergências Médicas. 5ed Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 45, n. 3, p. 519-528, June 2011.

MARILIA (São Paulo). Prefeitura Municipal. Plano microrregional de atenção integral às urgências: Projeto de implantação do serviço de atendimento móvel de urgência –SAMU. 2003.

MARQUES, Carla Pinta . Rede de atenção às urgências: avanços e desafios para sua consolidação. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 8(1), 41-48, mar, 2014

MARTINS, P.P.S; PRADO, M.L. Enfermagem e serviço pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. Revista Brasileira de Enfermagem, v.56, n.1, p.71-5, 2003.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia. Avaliação da Qualidade da Assistência de Urgência e Emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos [Tese]. Programa de Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; Recife, 2009.

MENDES, EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549p. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, ago. 2008.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOORE L. Measuring quality and effectiveness of prehospital EMS. *Prehosp Emerg Care* Oct-Dec;3(4):325-331. Review1999.

O'DWYER, Gisele. O princípio da Integralidade e o SAMU [TESE]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, do Instituto de Medicina Social. UERJ, 2009.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15 (5): 2395-2404, 2010.

O'DWYER, Gisele et al . O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 33, n. 7, e00043716, 2017 .

ORTIGA, Angela Maria Blatt et al . Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 32, n. 12, e00176714, 2016.

PAVELQUEIRES, S. Educação continuada de enfermeiros no atendimento inicial à vítimas de traumatismos [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997.

PEREIRA JÚNIOR, G.A.. O Ensino de Urgência e Emergência de acordo com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Lei do Mais Médicos. *Cadernos ABEM*, 11(1), 2015.

PINET LM. Atención prehospitalaria de urgencias em el Distrito Federal: las oportunidades del sistema de salud. *Salud Publica Mex*. 47(1):64-71. 2005;

POZNER CN, Zane R, NELSON SJ, LEVINE M. International EMS systems: The United States: past, present, and future. *Resuscitation*;60(3):239-44. 2004.

RAMOS, Viviane Oliveira; SANNA, Maria Cristina A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 58, n. 3, p. 355-360, mai./jun. 2005.

ROCHA, Carlos V.; FARIA, Carlos A. P. de. Cooperação intermunicipal, reterritorialização da gestão pública e provisão de bens e serviços sociais no Brasil contemporâneo: a experiência dos Consórcios de Saúde de Minas Gerais. Cadernos Metrópole, n. 11, p. 73-105, 2004.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. Cad. Metrop., São Paulo , v. 18, n. 36, p. 377-399, Dec. 2016

ROGERS, J.H.; OSBORN, H.H, Pousada L. Enfermagem de emergência: um manual prático. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

SANTANA, C.J., et. al. Interação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência com as Famílias. J. Health Sci., 18(4): 235-239, 2016.

SANTANA, Mayara M.; BOERY, Rita N. S. O.; SANTOS, Jean. Debilidades atribuídas pela comunidade de Jequié ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Ciências Ciência, Cuidado e Saúde. Paraná, v. 8, n. 3, p. 444-451, jul/set. 2009.

SANTOS, J.S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as Políticas Nacionais de Atenção às Urgências e de Humanização. Medicina (Ribeirão Preto), v.36, n.2/4, p.498-515, 2003.

São Paulo. Revista da Associação Médica Brasileira, v.58, n.6, p.685-690, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600013

SCARPELINI, S. A organização do atendimento às urgências e trauma. Medicina (Ribeirao Preto),v.40, n.3, p.315-20, 2007.

SES/CE. Consórcios Públicos em Saúde no Ceará: Estratégia para o fortalecimento da regionalização da saúde. Manual de Orientação. Gráfica do Governo do Estado do Ceará. Fortaleza, 2010.

SILVA, E.A.C., et al. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet], v.12, n.3, p.571-7, 2010. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a23.htm>.

SILVA, J. R. S; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, n. 1, 2009.

SILVA, M.B.; GRIGOLO, T.M. Metodologia para iniciação científica à prática da pesquisa e da extensão II. Caderno Pedagógico. Florianópolis: UDESC, 2002.

SOUZA TELES, Andrei & Christina Bahia Coelho, Thereza & Pauline Da Silva Ferreira, Milla & Henrique Gurtler Scatena, João. (2017). Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. Cadernos Saúde Coletiva. 25. 51-57. 10.1590/1414-462x201700010188.

SOUZA, M.R.N.S.; SOUZA, M.K.B. Regionalização em Saúde e Colegiados/Comissões de Gestão: dinâmica, contribuições, potencialidades e desafios. Capa, 2(1): 146-155, 2017.

SOUZA, Regiane Máximo de. Análise da configuração de SAMU utilizando modelo hipercubo com prioridade na fila e múltiplas alternativas de localização de ambulâncias. [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de São Carlos; São Carlos, 2010.

TANNEBAUM, R. D. et al. Emergency medicine in Southern Brazil. Annals of Emergency Medicine, Lansing, v. 37, n. 2, p. 223-228, 2001.

TEIXEIRA, Luciana da Silva; MENEGUIN, Fernando B. Os consórcios intermunicipais aumentam a eficiência no setor público? Artigo online [<http://www.brasil-economia-governo.org.br/author/teixeirameneguin/>] publicado em 29 de outubro de 2012.

TELES, A.S. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional . Cad. Saúde Colet., Rio de Janeiro, 25(1): 51-57, 2017.

TIMERMAN S. Suporte básico e avançado de vida em emergências. Brasília: Coordenação de Publicações; 2000.

TIMERMAN, S.; GONZÁLES, M.M.C.; RAMIRES, J.A.F. Ressuscitação e emergências cardiovasculares. Barueri: Manole; 2007.

TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa; BELISARIO, Soraya Almeida; MELO, Elza Machado. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. Saude soc., São Paulo , v. 24, n. 1, p. 361-373, Mar. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902015000100361&lng=en&nrm=iso>. access on 23 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100028>.

VASCONCELOS, Ana Karina Barbosa. Caracterização dos acidentes envolvendo motocicletas atendidas pelo SAMU, em Sobral-Ce, de 2006 a 2012. [Dissertação]. Universidade Federal do Ceará – UFC. Sobral, CE, 2013.

VIANNA, A. L. SUS: Entraves à descentralização e propostas de mudança. In: Federalismo no Brasil. Descentralização e Políticas Sociais (R. B. A. Affonso & P. L. B. Silva, org.), pp. 269-295,: Fundação de Desenvolvimento Administrativo - São Paulo, 1996.

WILSON, Mark H. et al., Pre-hospital emergency medicine. The Lancet Vol 386: December 19/25, 2015.

Anexo I

Consórcios Públicos

Características:

- Pessoa jurídica de direito público, quando se constituir numa Associação Pública, espécie de autarquia interfederativa.
- Pessoa jurídica de direito privado, quando tomar a forma de Associação Civil sem fins econômicos.
- Independentemente de sua natureza jurídica, o Consórcio Público será regido pelos preceitos da Administração Pública e da Gestão Fiscal e integrará a administração indireta de todos os entes da Federação.
- Favorece o controle sobre os recursos públicos colocados a disposição da cooperação intergovernamental seja pelo Ministério Público seja pelos Tribunais de Contas.
- Fortalece a contratualização entre os entes consorciados no ato da formação, da extinção ou da retirada de um dos entes consorciados.
- Formaliza as contribuições financeiras e as responsabilidades assumidas (contrato de rateio)
- Traz maior segurança jurídica ao Acordo de Cooperação Federativa.

Observações Gerais:

No intuito de gerir obras e serviços públicos, os entes estatais (União, Estados e Municípios) podem se valer da descentralização administrativa, conferindo determinadas atribuições a pessoas jurídicas por eles criadas mediante a lei, vindo isso a constituir a Administração indireta ou descentralizada. Essa vontade política materializa as autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, regidas umas pelo direito público (autarquias; certas fundações), outras pelo direito privado (algumas fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista). Segundo conceituação do Decreto-lei nº 200, de 1967: Autarquia é serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada. Empresa Pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criado por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito (Redação dada pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969). Sociedade de Economia Mista - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, criada por lei para a exploração de atividade econômica, sob a forma de sociedade anônima, cujas ações com direito a voto pertençam em sua maioria à União ou a entidade da Administração Indireta (Redação dada pelo Decreto-Lei nº 900, de 1969). Fundação Pública - a entidade dotada de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, criada em virtude de autorização legislativa, para o desenvolvimento de atividades que não exijam execução por órgãos ou entidades de direito público, com autonomia administrativa, patrimônio próprio gerido pelos

respectivos órgãos de direção, e funcionamento custeado por recursos da União e de outras fontes (Incluído pela Lei nº 7.596, de 1987).

Independentemente do direito que as informam, há traços convergentes entre aquelas entidades. Maria Sylvia Zanella Di Pietro assim sintetiza os pontos comuns 3 : “Todas têm personalidade jurídica própria, o que implica direitos e obrigações definidos em lei, patrimônio próprio, capacidade de autoadministração, receita própria; A sua criação é sempre feita por lei, exigência que consta agora do art. 37, XIX, da Constituição; A sua finalidade essencial não é o lucro e sim a consecução do interesse público; Falta-lhes liberdade na fixação ou modificação de seus próprios fins; é a própria lei singular que, ao criar a entidade, define o seu objeto, o qual só pode ser alterado por outra lei da mesma natureza; Elas não têm a possibilidade de se extinguírem pela própria vontade; sendo criadas por lei, só outra lei poderá extingui-las, em consonância com o princípio do paralelismo das formas; por isso mesmo, não se aplicam a essas entidades as formas normais de extinção previstas no direito civil e comercial; A todas elas se aplica o controle positivo do Estado, o qual tem por finalidade verificar se a entidade está cumprindo os fins para os quais foi criada”.

- Consórcio Público é associação que reúne entes federados visando prestação mais racional, eficiente e econômica de serviços públicos de interesse comum. Eis um compartilhamento de servidores, máquinas e equipamentos, saber tecnológico e capacidade administrativa. Há consórcios voltados para atendimento mais complexo na área da saúde, proteção de bacias hidrográficas, reflorestamento, aterro sanitário, fornecimento de máquinas agrícolas. Introduzido pela Emenda nº 19, de 1998 (Reforma Administrativa), o art. 241 da Constituição veio solicitar a regulamentação legal do Consórcio: “Art. 241. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos. Passados sete anos, em abril de 2005, edita a União normas gerais sobre consórcios públicos; é a Lei 11.107. Dois anos depois, o Decreto federal nº 6.017, de 2007 regulamenta sobredito diploma. Antes dessa normatização geral, os consórcios, algumas vezes, sequer dispunham de personalidade jurídica; eram mero acordo de vontade estatal⁹. Diferente, a Lei 11.107 quer a individualização jurídica da associação multigovernamental: “Art.. 1º - O consórcio público constituirá associação pública ou pessoa jurídica de direito privado”.

De todo modo, importante ressaltar que os antigos consórcios administrativos - os anteriores à Lei 11.107 - podem permanecer na antiga situação jurídica; a readequação é facultativa: “Art. 19. O disposto nesta Lei não se aplica aos convênios de cooperação, contratos de programa para gestão associada de serviços públicos ou instrumentos congêneres, que tenham sido celebrados anteriormente a sua vigência”. Não obstante a falta de objetivação legal, doutrina majoritária entende que, mesmo sob direito privado, integra o Consórcio a Administração indireta dos entes participantes, do mesmo modo que as empresas públicas e sociedades de economia mista. Reforça esse entendimento o fato de os consórcios de direito privado, mesmo eles, precisarem licitar, celebrar contratos sob a Lei nº 8.666, admitir pessoal celetista por concurso ou processo seletivo, escriturar seu movimento financeiro nos padrões da Contabilidade Pública, além de prestar contas ao órgão constitucional de controle externo (Tribunal de Contas). Não bastassem esses argumentos, todo e qualquer contrato de consórcio público será celebrado com a ratificação, mediante lei, do protocolo de intenções. Esse protocolo estabelece diretrizes fundamentais para o

funcionamento do Consórcio: área de atuação; forma jurídica; composição da assembléia; remuneração dos empregados, entre outras linhas básicas. Nos moldes do Decreto federal nº 6.017, o mandato do dirigente cessa quando este já não é mais Prefeito do município que representa no Consórcio. No intento de garantir eficiência operacional, desfrutaram os novos consórcios dos seguintes privilégios:

Entidades com menos de 3 (três) consorciados: aumentam-se, em dobro, os limites licitatórios para Convite, Tomada de Preços e Concorrência; entidades com mais de 3 (três) participantes: triplicam-se aludidas barreiras (ex: a Concorrência para obras só acontece para cifras maiores que R\$ 4,5 milhões 10). As dispensas licitatórias, por valor¹¹, têm seu limite dobrado.

Os consórcios são contratados, sem licitação, por entidades governamentais, desde que firmados contratos de programa (art. 24, XXVI da sobredita lei). Possibilidade de receber ajuda financeira de entidades governamentais não consorciadas (auxílios, subvenções, contribuições); Regido pelo direito público, pode o Consórcio promover desapropriações segundo declaração de utilidade realizada pelo Poder Público. No caso, deve o Consórcio atentar para as cautelas ditas no art. 16 da Lei de Responsabilidade Fiscal (estimativa trienal de impacto orçamentário-financeiro; declaração de compatibilidade com as leis orçamentárias dos consorciados). Arrecadar tarifas pela prestação de serviços. Outorgar concessão, permissão ou autorização de obras ou serviços. Consórcios antigos, não adaptados à Lei 11.107, de 2005, a rigor, não podem se beneficiar dos mencionados privilégios. É o que prescreve o art. 19: “O disposto nesta Lei não se aplica aos convênios de cooperação, contratos de programa para gestão associada de serviços públicos ou instrumentos congêneres, que tenham sido celebrados anteriormente a sua vigência”. Os municípios envolvidos somente entregarão dinheiro ao Consórcio depois de firmado o contrato de rateio, instrumento válido por um exercício financeiro, exceto para as ações contempladas no Plano Plurianual dos participantes ou as que geram tarifas:

- As transferências dos Municípios para os Consórcios

A falta de repasse previsto no contrato de rateio pode enquadrar o titular do município inadimplente no art. 10, XV da Lei de Improbidade Administrativa. Com isso, evitam-se os déficits e as dívidas que tanto inviabilizaram os consórcios anteriores à Lei 11.107, de 2005. 12 Na condição de multigovernamental, o consórcio público não é, claro, entidade de um só município. Então, as contribuições municipais àquela entidade nunca oneram a modalidade 91, mas, sim, a modalidade 71 – Consórcios Públicos. Depois, o acolhimento da receita, no Consórcio, nunca é intraorçamentário, mas, sim, orçamentário (código 1723.37.00 – Transferências a Consórcios Públicos). Depois, em 25 de agosto de 2011, foi publicada a Portaria Conjunta STN/SOF nº 2, que cria o elemento de despesa 70 - Rateio pela Participação em Consórcio Público, no qual são registradas as despesas orçamentárias relativas ao contrato de rateio. A criação do elemento de despesa 70 buscou concentrar, em um único elemento, as transferências a consórcios públicos. Entretanto, tal procedimento é facultativo para o ano de 2012, mas obrigatório em 2013.

- A Apropriação da Despesa pelos Municípios Consorciados A cada dois meses, deve o Consórcio informar o tamanho da receita própria, o gasto com pessoal e a magnitude da dívida de curto e longo prazo; tudo isso para que os municípios consorciados, em proporção ao contrato de rateio, façam a apropriação em seus específicos balanços e relatórios fiscais. É bem isso o que reza o art. 8º, § 4º da Lei 11.107: “§ 4º Com o objetivo de permitir o atendimento dos dispositivos da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, o consórcio público deve

fornecer as informações necessárias para que sejam consolidadas, nas contas dos entes consorciados, todas as despesas realizadas com os recursos entregues em virtude de contrato de rateio, de forma que possam ser contabilizadas nas contas de cada ente da Federação na conformidade dos elementos econômicos e das atividades ou projetos atendidos”. Conforme a Portaria nº 860/2005, da Secretaria do Tesouro Nacional, os valores capitalizados, no Consórcio, serão contabilizados, proporcionalmente, no ativo permanente dos entes consorciados (ex.: compra de máquinas, equipamentos, terrenos, prédios, veículos). Tal se dá na conta “Investimento de Participação em Consórcio Público”.

Anexo II

PROTOCOLO DE INTENÇÕES

Pelo presente instrumento, o município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, abaixo identificado e integrante do Departamento Regional de Saúde XIII, por seu representante legal que esta subscreve, reconhece a importância e a necessidade de promover melhorias na Política Nacional de Atenção às Urgências dos municípios.

Os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) expostos nas leis 8.080/90 e 8.142/90;

As competências estadual e municipal para realizar ações e serviços objetivando o atendimento à saúde da população no âmbito da Política Nacional de Atenção às Urgências;

Que o signatário reconhece como necessária a adoção do Consórcio Público de Direito Público para fins de gerenciamento e execução da política de urgência e emergência, segundo o exposto no artigo 241 da Constituição Federal, na Lei 11.107/05 devidamente regulada pelo Decreto 6.017/07;

RESOLVE CELEBRAR O PRESENTE PROTOCOLO DE INTENÇÕES OBJETIVANDO A CONSTITUIÇÃO DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO DRS XIII, doravante denominado Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH (Aquífero Guarani, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde), mediante as seguintes cláusulas e disposições:

Clausula 1ª. DA DENOMINAÇÃO, SEDE E FINALIDADE

O presente protocolo visa a constituição do CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO DRS XIII, doravante denominado Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH (Aquífero Guarani, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde), na forma de associação pública com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, sediado neste município de RIBEIRÃO PRETO-SP; ou onde dispuser a Assembleia Geral, com a finalidade de executar ações e serviços na área de regulação das urgências, transporte de pacientes graves e atendimento pre-hospitalar móvel que estejam ligados à Política Nacional de Atenção às Urgências do SUS, em conformidade com a legislação pertinente, a pactuação dos gestores do SUS e os atos administrativos que lhe digam respeito.

Cláusula 2ª. DOS OBJETIVOS

Para o cumprimento de sua finalidade o Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH terá por objetivos:

- a) executar, total ou em conjunto, as ações e serviços de saúde ligados à política de urgência e emergência nos municípios que compreendem o DRS XIII;
- b) gerenciar e otimizar recursos humanos, financeiros e materiais existentes e sob sua

administração, respeitando a padronização determinada;
realizar estudos, pesquisas ou projetos destinados a formação de recursos humanos nas áreas de interesse do consórcio para o cumprimento de sua finalidade;

Cláusula 3ª. DAS COMPETÊNCIAS

Em relação a gestão associada do serviço público serão competências do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH:

- a) manter em funcionamento as unidades de suporte básico e avançado descentralizado em suas bases, observado o Plano Operativo de Atenção às Urgências;
- b) manter e gerenciar a estrutura de regulação pré-hospitalar e as estruturas regionais do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU);
- c) manter em funcionamento a Central de Regulação Médica das Urgências, utilizando número exclusivo e gratuito;
- d) operacionalizar o funcionamento da rede de atenção das urgências, no seu componente pré-hospitalar móvel, equilibrando a distribuição da demanda de urgência e proporcionando resposta adequada e adaptada às necessidades do cidadão, por meio de orientação ou pelo envio de equipes visando atingir todos os municípios da região de abrangência;
- e) realizar a regulação médica, diretamente ou a distância, de todos os atendimentos pré-hospitalares;
- f) realizar o atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, tanto em casos de traumas como em situações clínicas, prestando os cuidados médicos de urgência apropriados ao estado de saúde do cidadão e, quando se fizer necessário, transportá-lo com segurança e com o acompanhamento de profissionais do sistema até o ambulatório ou hospital;
- g) organizar as transferências inter-hospitalares de pacientes graves internados pelo SUS, ativando equipes apropriadas para as transferências de pacientes.

Clausula 4ª. DO PRAZO

O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH terá prazo indeterminado de vigência sendo que a sua extinção, quando por ventura ocorra, dar-se-á mediante aprovação em Assembleia Geral e ratificação em lei por todos os entes consorciados.

Cláusula 5ª. DOS ENTES CONSORCIADOS

Comporão o Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH os seguintes entes:

Municípios de **ALTINÓPOLIS, BARRINHA, BATATAIS, BRODOWSKI, CAJURU, CASSIA DOS COQUEIROS, CRAVINHOS, DUMONT, GUARIBA, GUATAPARÁ, JABOTICABAL, JARDINÓPOLIS, LUIZ ANTONIO, MONTE ALTO, PITANGUEIRAS, PONTAL, PRADÓPOLIS, SANTA CRUZ DA ESPERANÇA, SANTA RITA DO PASSA QUATRO, SANTA ROSA DE VITERBO, SANTO ANTONIO DA ALEGRIA, SÃO SIMÃO, SERRA AZUL, SERRANA, SERTÃOZINHO, e RIBEIRÃO PRETO**, este último, ora signatário.

Cláusula 6ª. DA ÁREA DE ATUAÇÃO

O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH atuará em toda a região compreendida pelo DRS XIII do Estado de São Paulo.

Cláusula 7ª. DOS PODERES DE REPRESENTAÇÃO

Nos assuntos de interesse comum, assim compreendidos aqueles constantes da cláusula 1ª deste Protocolo de Intenções e observadas as competências legais dos gestores de saúde pública, terá o consórcio público poderes para representar os entes da Federação consorciados, inclusive firmar contratos e convenios com o Poder Público e/ou iniciativa privada.

Cláusula 8ª. DA ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DO CONSÓRCIO

O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH será dotado da seguinte estrutura administrativa:

- I - ASSEMBLEIA GERAL;
- II - CONSELHO DELIBERATIVO;
- III - CONSELHO FISCAL;
- IV - SECRETARIA EXECUTIVA.

O Estatuto disporá sobre a organização, composição, atribuições e funcionamento de cada um dos órgãos que constituam a estrutura administrativa do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH.

DA ASSEMBLEIA GERAL

A Assembleia Geral é a instância máxima de deliberação do Consórcio e será constituída pelos representantes legais dos entes federativos devidamente consorciados.

I - Compete privativamente a Assembleia Geral:

- a) elaborar, aprovar e alterar o Estatuto;
- b) indicar o Presidente e vice Presidente, os membros titulares e suplentes dos Conselhos Deliberativo e do Conselho Fiscal, formas de substituição e duração de mandatos, respeitada a paridade entre ente municipal;
- c) apreciar e deliberar acerca da prestação de contas anual;
- d) apreciar e deliberar acerca da inclusão, retirada e exclusão de consorciados;
- e) decidir sobre a dissolução do consórcio;
- f) decidir sobre a alteração da localização da sede do consórcio.

II - A Assembleia Geral reunir-se-a, ordinariamente, no mes de abril de cada ano e, extraordinariamente, quando for convocada pelo Presidente ou por, pelo menos, 1/5 dos consorciados, sabendo que cada ente consorciado terá um voto.

III - A Assembleia Geral, ordinária ou extraordinária, reunir-se-a, em primeira convocação, com a presença de 2/3 (dois terços), no mínimo, dos consorciados e, em segunda convocação, meia hora depois, com qualquer número.

IV- As deliberações da Assembleia Geral se darão por maioria simples de votos, exceto na elaboração, aprovação ou alteração do Estatuto ou de dissolução do Consórcio quando será exigido o voto concorde de, no mínimo, 2/3 dos consorciados.

V- A convocação da Assembleia Geral será feita através do veículo oficial de imprensa com antecedência mínima de 15 (quinze) dias.

VI- Num mesmo edital serão feitas a primeira e a segunda convocações, dele constando a ordem do dia.

VII- Não será permitido tratar nestas reuniões qualquer assunto não previsto no edital.

VIII- Cada ente consorciado terá direito a um voto.

DO PRESIDENTE DO CONSÓRCIO

Fica convencionado que o Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH será presidido e legalmente representado pelo Chefe do Poder Executivo enquanto no exercício do cargo e eleito pela Assembleia Geral. O Presidente poderá delegar atribuições do cargo aos SECRETÁRIOS DOS MUNICÍPIOS DA SAÚDE, mediante ato administrativo publicado em veículo oficial de imprensa.

DO CONSELHO DELIBERATIVO

O Conselho Deliberativo composto pelos secretários municipais de saúde é a instância que define os aspectos operacionais do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH observadas as deliberações da Assembleia Geral.

Caberá ao Presidente a designação dos representantes do ente municipal, sendo constituído por 3 (três) membros titulares e 3 (três) membros suplentes dos entes consorciados.

Caberá ao Conselho Deliberativo a definição de critérios e requisitos necessários ao preenchimento de cargos e exercício das funções no âmbito do consórcio, assim como o estabelecimento da competente política salarial.

DO CONSELHO FISCAL

O Conselho Fiscal é a instância que afere aspectos financeiros do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH e será constituído por 3 (três) membros titulares e 3 (três) membros suplentes dos entes consorciados, respeitada a paridade entre entes municipais, sendo que suas atribuições serão definidas em estatuto próprio. Caberá ao Presidente a designação dos representantes dos entes municipais em Assembleia Geral.

DA SECRETARIA EXECUTIVA

A Secretaria Executiva é a instância que coordena a operacionalização das atividades que competem ao Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH e será constituída pelos seguintes

cargos: Diretor Geral, Assessor da Diretoria, Consultor Jurídico, Diretor Administrativo, Diretor Financeiro, Diretor Técnico e Diretor de Enfermagem, cuja indicação dar-se-a pelo Coordenador Geral do SAMU Regional respeitadas as condições impostas em normativa pertinente.

Cláusula 9ª. DOS RECURSOS HUMANOS

Para o cumprimento de sua finalidade o Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH disporá de quadro de pessoal com função, forma de provimento e remuneração devidamente identificados a seguir.

EMPREGOS PUBLICOS

DENOMINAÇÃO	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA	VENCIMENTO R\$
1. Medico SAMU	06	36h (12/36)	4.589,89
2. Enfermeiro SAMU	06	36h (12/36)	2.551,68
3. Auxiliar de Enfermagem SAMU	15	36h (12/36)	1.576,80
4. Motorista SAMU	12	36h (12/36)	1.012,75
5. Atendente	08	36h (12/36)	1.027,48
6. Telefonista SAMU	08	30h (6 diárias)	1.027,48

I - A contratação de pessoal dar-se-a por concurso público, excetuados os casos de empregos comissionados claramente delimitados no Estatuto e os de contratação temporária para atender a excepcional interesse público, e se regerá pelos ditames constantes da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT.

II - O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH poderá realizar contratação por tempo determinado, em caráter excepcional, nos seguintes casos:

a) calamidade ou situação de emergência, devidamente decretados pela autoridade competente; alteração do perfil assistencial decorrente de sazonalidade;

a) para a execução de projetos de cooperação implementados mediante acordos ou parcerias internacionais ou nacionais, cuja execução dar-se-a pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH de forma total ou associada e que não tenham caráter permanente.

Cláusula 10ª. DO CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES PACTUADAS

O consorciado adimplente tem o direito de exigir dos demais o cumprimento das obrigações previstas no presente Protocolo de Intenções que, depois de ratificado por lei de cada ente consorciado, se constituirá no contrato de consórcio público.

Cláusula 11ª. DA RETIRADA, EXCLUSÃO DO ENTE CONSORCIADO E DESTINAÇÃO DE BENS

Serão obedecidos os critérios de retirada, exclusão e destinação de bens do ente consorciado expressos no Capítulo IV do Decreto 6.017/07, sendo as especificidades estabelecidas quando da elaboração do estatuto pela Assembleia Geral.

Cláusula 12ª. DA ALTERAÇÃO OU EXTINÇÃO DO CONTRATO DE CONSÓRCIO PÚBLICO

O presente Protocolo de Intenções, convertido em contrato de consórcio público por ratificação das Câmaras de Vereadores dos entes signatários, somente poderá ser alterado ou extinto após aprovação de instrumento pela Assembleia Geral e ratificado mediante lei por todos os entes consorciados.

Cláusula 13ª. DA RATIFICAÇÃO

Após sua assinatura, o presente Protocolo de Intenções será submetido a ratificação pelas Câmaras de Vereadores de cada ente signatário, quando se converterá em contrato de consórcio público.

Considerar-se-a celebrado o contrato de consórcio público quando os municípios signatários tiverem ratificado por lei o presente Protocolo de Intenções.

DISPOSIÇÕES GERAIS

O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH observará os princípios da administração pública, especialmente no que atine a aquisição de bens e serviços e publicidade de seus atos.

Os entes consorciados poderão ceder ao Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH servidores e bens móveis e imóveis, observada a legislação própria, não sendo o contrário permitido.

Os critérios, condições e valores destinados ao financiamento das atividades do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH serão pactuados.

Os entes consorciados somente entregarão recursos financeiros ao Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH mediante contrato de rateio, observado o artigo 13 do Decreto 6017/07.

Não caberá a celebração de contrato de gestão entre os entes públicos e o Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH.

A celebração de qualquer contrato fica condicionada a previa aprovação do Conselho Deliberativo, não sendo permitida, em qualquer hipótese, o ajustamento de objetivos que foram os princípios basilares do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH.

A delegação de competências dos Chefes do Poder Executivo serão admitidas para o cumprimento de atribuições, desde que devidamente publicados.

Os casos omissos serão dirimidos em conformidade com a previsão da normativa Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH acerca de consórcios públicos.

E assim, por estarem devidamente ajustados, firmam o presente Protocolo de Intenções em 26 vias igual forma e teor para publicação nos órgãos de imprensa oficiais de cada ente signatário.

Ribeirão Preto, 14 de Maio de 2012.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Prefeito de Ribeirão Preto-SP

Anexo III

EXTRATO DO PROTOCOLO DE INTENÇÕES

FINALIDADE: Constituir o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO DRS XIII, doravante denominado Consórcio intermunicipal de Saúde AVH (Aquífero Guarani, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde), na forma de associação pública, com personalidade jurídica de direito público e natureza autárquica, a fim de executar ações e serviços na área de regulação das urgências, transporte de pacientes graves e atendimento pré-hospitalar móvel, que estejam ligados a Política Nacional de Atenção às Urgências dos SUS, em conformidade com a legislação pertinente, a pactuação dos gestores do SUS e os atos administrativos que lhe digam respeito.

BASE LEGAL: Este Protocolo de Intenções obedece, integralmente, o artigo 241 da Constituição Federal, a Lei Federal nº 11.107, de 06 de abril de 2005 e ao Decreto Federal nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007.

ÁREA DE ATUAÇÃO: Todos os municípios que o compõe o DRS XIII

PRAZO DE VIGÊNCIA: Indeterminado.

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA: Assembleia Geral, Conselho Deliberativo, Conselho Fiscal e Secretaria Executiva.

RECURSOS HUMANOS: Contratação de pessoal através de concurso público.

SIGNATÁRIOS: Ribeirão Preto, Cravinhos, Guataporã, Jardinópolis, Luis Antonio, Serrana, São Simão, Serra Azul, Santa Rosa de Viterbo, Santa Rita do Passa Quatro, Sertãozinho, Barrinha, Dumont, Guariba, Jaboticabal, Monte Alto, Pintaguias, Pontal, Pradópolis, Batatais, Altinópolis, Brodowski, Cajuru, Santa Cruz da Esperança, Santo Antonio da Alegria.

Ribeirão Preto, 14 de Maio de 2012.

Prefeito de Ribeirão Preto-SP

ANEXO IV

ESTATUTO SOCIAL DO CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE - DRS XIII

1ª ALTERAÇÃO

Pelo presente Instrumento, os Municípios do Estado do São Paulo, que esta subscrevem, integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH (Aqüífero Guarani, Vale das Cachoeiras e Horizonte Verde), representados pelo seu Presidente, devidamente autorizados por suas respectivas Leis Municipais, bem como em observância à Lei nº 11.107/2005, regulamentada pelo Decreto nº 6.017/2007, procedem a alteração do seu ESTATUTO SOCIAL, passando a reger-se conforme segue:

CAPÍTULO I - DISPOSIÇÕES INSTITUCIONAIS

Art. 1º. O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, é uma associação civil, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, terá duração por prazo indeterminado e será regido nos termos da Lei Federal nº 11.107 de 06 de abril de 2005 regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007, e obedecerá aos princípios, diretrizes e normas definidos na Lei Federal nº 8.080/1990.

§ 1º - O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, reger-se-á, igualmente, pelo seu Regimento Interno, pelo Plano Anual de Trabalho que adotar, e pelos demais atos, instruções, normas e decisões que forem aprovados pelos Órgãos Deliberativos, respeitadas as disposições deste Estatuto, bem como pelos dispositivos legais e regulamentares originários do Poder Público que lhe forem aplicáveis.

§ 2º - A denominação Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, consubstancia a associação de Municípios integrantes de mesmo aglomerado urbano e/ou microrregião, previamente autorizada por lei, pela respectiva Câmara de Vereadores de cada município que o integre, por proposta de seu respectivo Prefeito Municipal, com a finalidade de executar serviço público de saúde.

§ 3º - Neste Estatuto, a expressão Consórcio Intermunicipal de Saúde, a sigla AVH e o vocábulo CONSÓRCIO e ENTIDADE se equivalem para todos os efeitos jurídicos, organizacionais, administrativos e gerenciais.

Art. 2º. Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH tem sede e foro na Avenida 13 de Maio, nº 353, na Cidade e Comarca de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo e a área de atuação será coincidente com a área física dos Municípios consorciados.

§1º - Poderá ocorrer a modificação da sede desta Entidade mediante decisão majoritária da Assembleia Geral do Conselho de Prefeitos dos Municípios Consorciados.

Art. 3º. São Municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH: **MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS, MUNICÍPIO DE BARRINHA, MUNICÍPIO DE BATATAIS, MUNICÍPIO DE BRODOWSKI, MUNICÍPIO DE CAJURU, MUNICÍPIO DE CASSIA DOS COQUEIROS, MUNICÍPIO DE CRAVINHOS, MUNICÍPIO DE DUMONT, MUNICÍPIO DE GUARIBA, MUNICÍPIO DE GUATAPARÁ, MUNICÍPIO DE JABOTICABAL, MUNICÍPIO DE JARDINÓPOLIS, MUNICÍPIO DE LUIZ ANTONIO, MUNICÍPIO DE MONTE ALTO, MUNICÍPIO DE PITANGUEIRAS, MUNICÍPIO DE PONTAL, MUNICÍPIO DE PRADÓPOLIS, MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO, MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA ESPERANÇA, MUNICÍPIO DE SANTA RITA DO PASSA QUATRO, MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE VITERBO, MUNICÍPIO DE SANTO ANTONIO DA ALEGRIA, MUNICÍPIO DE SÃO SIMÃO, MUNICÍPIO DE SERRA AZUL, MUNICÍPIO DE SERRANA E MUNICÍPIO DE SERTÃOZINHO.**

Parágrafo único - E facultado o ingresso de novo Município no Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, por meio de aprovação de 2/3 (dois terços) dos membros da Assembleia Geral do Conselho de Prefeitos, nos termos do parágrafo 4º do artigo 18 deste estatuto, o que se fará por termo aditivo firmado pelo seu Presidente e pelo Prefeito do Município que desejar consorciar-se, na forma da respectiva Lei Municipal autorizativa.

Art. 4. O exercício social e financeiro do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, coincidirá com o ano civil.

CAPÍTULO II – FINALIDADES

Art. 5º. O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, tem como finalidades:

I - implantar serviços públicos suplementares e complementares ao Sistema Único de Saúde - SUS, conforme dispõem princípios, diretrizes e normas que os regula e artigos 196 a 200 da Constituição Federal;

II - assegurar a prestação de serviços de saúde especializados de referência conforme legislação vigente, para a população dos municípios consorciados, de conformidade com as diretrizes do SUS;

III - assegurar o estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência eficiente e eficaz, inclusive a execução direta ou indireta, suplementar e complementar dos serviços de saúde disponíveis naqueles municípios, mediante a pactuação de Contrato de Rateio.

IV - gerenciar juntamente com as Secretarias de Saúde dos municípios consorciados os recursos técnicos e financeiros conforme pactuados em contrato de rateio, de acordo com os parâmetros aceitos pelo Ministério da Saúde, princípios, diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde - SUS;

V - realizar processos licitatórios compartilhados, dos quais, em cada um deles decorram dois ou mais contratos celebrados por consorciados ou entes de sua administração indireta, bem como estabelecer relações cooperativas com outros consórcios regionais que venham a ser

criados e que por sua localização, no âmbito macrorregional, possibilite o desenvolvimento de ações conjuntas;

VI - otimizar o uso dos recursos humanos e materiais colocados à disposição do consórcio, além de prestar a seus consorciados serviços de acordo com a disponibilidade existente, especialmente capacitação e assistência técnica, materiais técnicos, utensílios e equipamentos profissionais, e veículos de transporte para pacientes;

VII - firmar convênios, contratos, termos de parceria, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções de outras entidades e órgãos de governo, visando planejar, adotar e executar programas e medidas destinadas à promoção da saúde dos habitantes dos municípios consorciados, em especial, apoiando serviços e campanhas do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado;

VIII - desenvolver de acordo com as necessidades e interesses dos consorciados, ações conjuntas;

IX - implantação de processos eletrônicos ou informatizados contábeis, administrativos, gerenciais e operacionais, controle de procedimentos de serviços médicos, visando criar instrumentos de controle, avaliação e acompanhamento dos serviços prestados à população regional;

X - prestar assessoria no planejamento, adoção, implantação e execução de projetos, estudos, programas e medidas destinadas à promoção da saúde da população dos municípios consorciados, inclusive a promoção de cursos, seminários, palestras, simpósios e congêneres;

XI - fomentar o fortalecimento de saúde existentes nos municípios ou que neles vier a se estabelecer, assegurando prestação de serviços à população eficientes, eficazes e igualitários, inclusive a execução direta ou indireta, suplementar e complementar dos serviços de saúde disponíveis nos municípios, mediante a pactuação de Contrato de Rateio e pagamento de preço conforme preço público obtido através de cotações;

XII - incentivar e apoiar a estruturação dos serviços básicos de saúde nos municípios consorciados, objetivando a uniformidade de atendimento médico para a correta utilização dos serviços oferecidos através do Consórcio;

XIII - viabilizar a existência de infraestrutura de saúde regional na área territorial do consórcio, de maneira a propiciar a integração das diversas instituições públicas e privadas para melhor operacionalização das atividades de saúde.

XIV - adquirir bens móveis e imóveis que entender necessários a ampla realização das finalidades do Consórcio, através de recursos próprios ou decorrentes de rateio de investimento de seus consorciados, os quais integrarão o seu patrimônio, bem como recebê-los em doação, autorização de uso ou comodato;

XV - adquirir equipamentos, insumos e produtos, drogas, medicamentos, necessários à realização de serviços de saúde à população pertencente aos municípios de abrangência deste consórcio;

XVI - contratar e credenciar empresas especializadas para prestação de serviços de saúde, através de chamamento público;

XVII - administrar ou gerenciar direta ou indiretamente os serviços de saúde, programas governamentais e projetos afins e relativos às áreas de sua atuação, de forma suplementar ou complementar, desde que disponíveis pelos municípios consorciados, mediante contrato de gestão e preço público, nos termos da Lei nº 11.107/2005 e Decreto nº 6017/2007;

XVIII - criar instrumentos de controle, acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde prestados à população dos Municípios consorciados;

XIX - representar o conjunto dos Municípios que o integram, em assuntos de interesse comum, perante quaisquer outros órgãos e entidades, e, especialmente com as demais esferas institucionais de governo;

Parágrafo único - Para o cumprimento de suas finalidades, o CONSÓRCIO poderá:

I - adquirir bens, produtos e equipamentos que entender necessários, os quais integrarão o seu patrimônio;

II - firmar convênios, contratos, acordos de qualquer natureza, receber auxílios, contribuições e subvenções de outras entidades e órgãos do governo;

III - contratar serviços de qualquer natureza atendendo os interesses do Consórcio e do Plano Anual de Trabalho, sendo vedada a contratação do fornecimento de serviços especializados na área de saúde para os Municípios consorciados, isoladamente;

IV - realizar outras ações e atividades compatíveis com as suas finalidades.

CAPÍTULO III - DOS DIREITOS DEVERES DOS CONSORCIADOS

SEÇÃO I - DOS DIREITOS

Art. 6º. São direitos dos consorciados, desde que estejam quites com suas obrigações pecuniárias para com o CONSÓRCIO:

I - tomar parte, votar e ser votado nas Assembleias Gerais;

II - requerer, justificadamente, obedecido o quorum previsto neste Estatuto, a convocação da Assembleia Geral Extraordinária;

III - usufruir dos serviços oferecidos pelo CONSÓRCIO com tratamento igualitário, mediante ordem de chegada nos procedimentos clínicos/médicos especializados e dos demais serviços oferecidos;

IV - autorizar a que o CONSÓRCIO os represente perante outras esferas de governo;

V- autorizar a gestão associada de serviço público mediante determinação explícita de competências a serem transferidas, identificação dos serviços públicos objetos da gestão associada e a área em que serão prestados, a autorização para licitar e contratar concessão, permissão ou a autorização dos serviços, as condições a que deve obedecer ao contrato de programa e os critérios técnicos de cálculo do valor das tarifas e de outros preços públicos, bem como os critérios gerais a serem observados em seu reajuste ou revisão;

VI - se adimplente com as suas obrigações, o direito de exigir o pleno cumprimento das cláusulas do contrato de gestão;

VII - recorrer, no prazo de 15 dias após sua ciência, com direito a ampla defesa, de ato considerado lesivo ao direito ou contrário a este Estatuto, emanado pela Diretoria Executiva;

VIII - retirar-se do CONSÓRCIO, atendidas as disposições aqui descritas.

SEÇÃO II - DOS DEVERES

Art. 7º. São deveres dos Consorciados:

- I - participar, de acordo com cota a ser estipulada em Assembleia de contrato de rateio, destinado a custear as despesas fixas do Consórcio;
- II - pagar pontualmente suas contribuições mensais fixadas por meio de Contrato de Rateio, com base no seu consumo médio mensal;
- III - participar das Assembleias, acatar as decisões delas emanadas e dos atos da Diretoria Executiva;
- IV - prestigiar o CONSÓRCIO por todos os meios ao seu alcance e propagar o espírito associativo entre os afins;
- V - cumprir as disposições do presente Estatuto;
- VI - exercer o direito de voto;
- VII - oferecer sugestões e auxílios para o desenvolvimento do consórcio.

CAPITULO IV - DAS PENALIDADES

Art. 8º. Os consorciados sujeitam-se às penalidades de advertência, suspensão e eliminação do quadro social.

§ 1º - Serão advertidos os consorciados que:

- I - não comparecerem, não se fizerem representar e não se justificarem a 3 (três) Assembleias, a juízo da Diretoria;
- II - insurgirem contra decisão da Assembleia Geral, da Diretoria Executiva, ou desacatarem os referidos órgãos.

§ 2º - Serão suspensos, os consorciados já advertidos pela pratica das faltas previstas no parágrafo anterior, que venham a cometê-las novamente.

§ 3º - Serão eliminados do quadro social os que:

- I - por má conduta pessoal e/ou profissional espírito de discórdia ou falta cometida contra o patrimônio do CONSÓRCIO, se mostrarem nocivos e ele;
- II - sem motivo justificado deixarem de pagar, por 3 (três) meses consecutivos as suas contribuições pecuniárias e que, se advertidos por escrito, não propiciarem a liquidação de seu débito.

§ 4º - As penalidades serão aplicadas pela Diretoria Executiva.

§ 5º - A aplicação de penalidade, sob pena de nulidade, será precedida de audiência com o consorciado, que poderá aduzir por escrito a sua defesa, no prazo de 10 (dez) dias, contados do recebimento da notificação.

§ 6º - Da penalidade caberá recurso à Assembleia Geral, no prazo de 15 (quinze) dias, a partir do recebimento da comunicação oficial.

Art. 9º. O consorciado eliminado poderá ser reintegrado ao CONSÓRCIO desde que reabilitado, a juízo da Assembleia Geral, devendo liquidar previamente os débitos que tiver com a tesouraria.

CAPÍTULO V - PLANO ANUAL DE TRABALHO

Art. 10º. O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, disporá, para efeito da operacionalização de programas, projetos, ações e atividades de um Plano Anual de Trabalho.

Art. 11º. O Plano Anual de Trabalho (PLAT) será elaborado pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde, segundo o grau de relevância, prioridade e disponibilidades materiais e imateriais do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, ou para realização de obra, aquisição de bens, produtos e equipamentos, ou realização de evento que com este seja compatível.

Parágrafo único - Na elaboração e aprovação do Plano de que trata este artigo será levada em estrita consideração e observância os dispositivos legais inerentes a cada serviço público, consoante à função, área ou setor selecionado para a execução consorciada.

Art. 12º. Os recursos financeiros para elaboração e execução do Plano Anual de Trabalho (PLAT) serão previstos em dotações específicas constantes do Orçamento de cada Município consorciado e do Orçamento Geral do Estado, especialmente no que se refere à seguridade social, ou em créditos adicionais abertos para esse fim observadas as exigências da legislação em vigor.

Art. 13º. O Plano Anual de Trabalho (PLAT) poderá compreender respectivamente:

I - a agregação de programas, projetos, ações, atividades, obras e aquisição de bens, produtos e equipamentos indispensáveis à execução consorciada;

II - a menção de programa, projeto, ações e atividades relativas ao serviço público ou serviços públicos indicados que devam ser executados ou implementados com a participação de órgão, entidade ou fundo especial integrante da administração Pública do Estado.

Parágrafo único - Fica facultado aos integrantes do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, elegerem as prioridades a serem executadas no Plano Anual de Trabalho, de acordo com seus interesses, seja individual ou de apenas parte dos Municípios consorciados.

CAPÍTULO VI - DO PATRIMÔNIO

Art. 14º. O patrimônio do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH é constituído respectivamente:

I - pelos bens móveis e imóveis que vier a possuir sob as formas de doação, legado, permuta ou aquisição, livres e desembaraçados de quaisquer ônus;

II - pelos bens e direitos que vier a adquirir a qualquer título.

Parágrafo único - Os bens e os direitos do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, referidos neste artigo, somente poderão ser utilizados para a consecução de suas finalidades,

permitida a alienação, inversão, vinculação ou constituição de ônus quando indispensáveis à obtenção de recursos, bem como proceder à permuta, que atenda aos interesses e às conveniências da entidade, observadas as exigências contidas neste Estatuto e na Lei de Licitações.

Art. 15º. Respeitadas as respectivas legislações, cada Município consorciado pode colocar a disposição do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, os bens de seu próprio patrimônio e os serviços de sua própria administração para uso comum.

CAPÍTULO VII – RECEITAS

Art. 16º. Constituem receitas do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, respectivamente:

- I - repasse de valores dos Municípios consorciados, Estado (Tripartite) e SUS;
- II - os auxílios, contratos, contribuições, convênios e subvenções celebrados por órgãos ou entidades públicas e privadas, nacionais, estrangeiras e internacionais;
- III - as rendas de seu patrimônio, bem como, os rendimentos provenientes de aplicações financeiras;
- IV - os saldos dos exercícios financeiros;
- V - as doações e legados;
- VI - as rendas provenientes da alienação de bens;
- VII - o produto de operação de crédito interna ou externa para financiamento de ações e atividades do CONSÓRCIO;
- VIII - os usufrutos que lhe forem conferidos;
- IX - outras receitas de diferentes origens.

Parágrafo Único - O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, deverá utilizar em seu Orçamento e respectiva execução, receitas desdobradas por fontes de recursos de acordo com suas origens, bem como indicar em suas despesas as fontes de recursos utilizadas para sua manutenção.

CAPÍTULO VIII - DA ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA BÁSICA

Art. 17º. O Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, terá a seguinte estrutura organizacional:

- I - Assembleia Geral (Conselho de Prefeitos);
- II - Diretoria Executiva;
- III - Conselho Fiscal;
- II - Conselho de Secretários Municipais,
- V - Secretaria Executiva.

§ 1º - Os membros da Diretoria Executiva, bem como os demais Consorciados, não responderão, nem mesmo subsidiariamente, pelas obrigações do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, desde que lícitos os atos por eles praticados.

§ 2º - Os membros da Diretoria Executiva, do Conselho Fiscal e do Conselho de Secretários Municipais não perceberão qualquer remuneração, bonificação ou vantagem pelo exercício dos seus cargos, que serão considerados de relevante mérito público.

§ 3º - O Quadro Geral de Cargos e Funções do CONSÓRCIO, encontra-se definido no Regimento Interno do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH.

CAPÍTULO IX - COMPETÊNCIA E ATRIBUIÇÕES DAS UNIDADES DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

Seção I - Da Assembleia Geral

Art. 18º. A Assembleia Geral é o órgão máximo de caráter deliberativo e normativo, e será constituída pelos Prefeitos dos Municípios consorciados.

§ 1º - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, todo mês de abril, para:

I - Apreciar o relatório anual da Diretoria Executiva;

II - Discutir e homologar as contas e o balanço aprovado pelo Conselho Fiscal;

III - Proceder, quando for o caso, à eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, nos termos deste Estatuto.

§ 2º - A Assembleia Geral se realizará, extraordinariamente, sempre que houver razão relevante, além das previstas no art. 19º deste estatuto que exijam urgência em sua apreciação, a critério do Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, a pedido da Diretoria Executiva, do Conselho Fiscal ou por solicitação por escrito de 1/5 (um quinto) dos consorciados com direito de votar.

§ 3º - A convocação da Assembleia Geral ordinária e extraordinária será feita por meio de edital afixado na sede da Instituição e por ofício e mensagem de e-mail remetido aos Consorciados, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias;

§ 4º - Ressalvados os casos específicos deste estatuto, as Assembleias se instalarão em primeira convocação com a maioria absoluta dos consorciados e, trinta minutos após, em segunda convocação, com qualquer número.

§ 5º - As deliberações serão sempre por maioria simples dos votantes regulares presentes, com exceção no caso de alteração estatutária, destituição dos administradores, proposta de ingresso de novo município no quadro de consorciados, extinção do CONSÓRCIO e destinação do seu patrimônio, onde será exigido o voto concorde de 2/3 (dois terços) dos presentes à Assembleia especialmente convocada para este fim, não podendo ela deliberar em primeira convocação sem a maioria absoluta dos consorciados, ou com menos de 1/3 (um terço) dos Consorciados nas convocações seguintes.

§ 6º - A Instituição adotará práticas de gestão administrativa, necessárias e suficientes, a coibir a obtenção, de forma individual ou coletiva, de benefícios e vantagens pessoais, em decorrência da participação nos processos decisórios da respectiva pessoa jurídica.

§ 7º - Os votos de cada membro da Assembleia Geral serão abertos e singulares, independentemente da quota de contribuição de cada Município consorciado.

§ 8 - admitir-se-á voto secreto somente nos casos de julgamento em que se suscite a aplicação de penalidade a servidores do CONSÓRCIO ou a ente consorciado;

§ 9º - O Presidente do CONSÓRCIO, salvo nas eleições, destituições e nas decisões que exijam quorum qualificado, votará apenas para desempatar.

§ 10º - Das reuniões do CONSÓRCIO serão lavradas atas, registradas em livro próprio.

Art. 19º. Compete à Assembleia Geral do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH:

I - decidir sobre os assuntos de interesse geral ou compatíveis com as finalidades do CONSÓRCIO;

II - aprovar o Regimento Interno e o Plano Anual de Trabalho, com a observância das normas legais e técnicas pertinentes;

III - aprovar o relatório anual de ações e atividades e a proposta orçamentária anual do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, elaborados pela Secretaria Executiva e Departamento Técnico;

IV - julgar as contas do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, do ano anterior e apreciar seus relatórios;

III - orientar e supervisionar a política patrimonial e financeira do CONSÓRCIO;

IV - deliberar sobre a aceitação de doações e legados de bens móveis e imóveis, com ou sem encargos;

VII - autorizar a alienação e a oneração de bens móveis e imóveis pertencentes ao CONSÓRCIO;

VIII - autorizar a celebração de convênio, contrato, acordo ou parceria com órgão e entidades afins, nacionais, estrangeiros ou internacionais;

IX - aprovar plano de cargos, funções, salários e benefícios do pessoal do CONSÓRCIO;

X - aprovar a contratação de empregados para prover o quadro de pessoal efetivo do CONSÓRCIO para o desempenho de tarefas técnicas, administrativa e de manutenção, sempre precedidas de seleção competitiva pública;

XI - aprovar a demissão de empregados do CONSÓRCIO;

XII - aprovar a contratação de prestação de serviços técnicos e científico especializados, em caráter temporário;

XIII - eleger, afastar ou destituir membros da Diretoria Executiva, observada a legislação vigente;

XIV - autorizar o ingresso de novo Município que pretenda consorciar-se, observado o parágrafo único do art. 3º deste Estatuto;

XV - deliberar sobre a exclusão de Município consorciado inadimplente com suas obrigações e contribuições perante o CONSÓRCIO;

XVI - deliberar sobre a mudança de sede;

XVII - aprovar o Estatuto do CONSÓRCIO e as suas alterações;

XVIII - deliberar sobre os casos e situações omissas deste Estatuto.

Seção II - Da Diretoria Executiva

Art. 20. A Diretoria Executiva é composta de um Presidente, que será o Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, um Vice-Presidente, Primeiro, Segundo e Terceiro Secretários e seus respectivos suplentes, e Primeiro e Segundo Tesoureiros e seus respectivos suplentes, eleitos pela Assembleia Geral, dentre os Chefes do Poder Executivo dos Municípios consorciados, com mandato de 2 (dois) anos, admitida uma reeleição.

Parágrafo Único. O mandato do Presidente cessará automaticamente no caso de não mais ocupar a Chefia do Poder Executivo do Município Consorciado que representa, hipótese em que será sucedido pelo Vice-Presidente.

Art. 21. Ao Presidente do CONSÓRCIO compete, especificadamente:

- I - promover articulação permanente entre os Municípios consorciados;
- II - representar o CONSÓRCIO ou promover-lhe a representação, ativa e passivamente, judicial ou extrajudicialmente;
- III - convocar e presidir as Assembleias Gerais, fazendo cumprir as deliberações e decisões tomadas por esse órgão;
- IV - convocar reunião plenária extraordinária da Diretoria Executiva, para discutir e deliberar sobre alteração do Regimento Interno do CONSÓRCIO;
- V - firmar protocolos, acordos, ajustes, convênio e contratos com pessoas físicas ou jurídicas, de direito privado ou público, nacionais, estrangeiras ou internacionais;
- VI - avocar, para si, para resolver ou decidir, os casos e situações, que dependam de pronta decisão, ad *referendum* da Assembleia Geral;
- VII - nomear o Secretário Executivo e o Diretor Jurídico, e os Diretores do Departamento Técnico;
- VIII - homologar as licitações realizadas pelo CONSÓRCIO;
- IX - praticar outras ações e atividades compatíveis com seu cargo se delegadas pela Assembleia Geral, inclusive representar o CONSÓRCIO perante Instituições Financeiras juntamente com o Secretário Executivo, a movimentação de recursos financeiros, aplicações financeiras e investimentos;
- X - cumprir e fazer cumprir as determinações contidas neste Estatuto.

Art. 22º. Compete ao Vice-Presidente substituir o Presidente em seus impedimentos, afastamentos e/ou licenças, bem como representá-lo por delegação expressa.

Art. 23º. Compete ao Primeiro Secretário:

- I - substituir o Vice-Presidente em suas faltas ou impedimentos;
- II - cientificar-se das correspondências expedidas e recebidas;
- III - assinar as atas das sessões da Diretoria e das Assembléias.

Art. 24°. O Segundo Secretário substituirá o Primeiro Secretário em caso de impedimento ou na falta deste, quando exercerá as atribuições contidas no artigo anterior, ficando da mesma forma determinado com relação ao Terceiro Secretário.

Art. 25°. Compete ao Primeiro Tesoureiro:

- a) substituir o Terceiro Secretário em suas faltas e impedimentos;
- b) ter sob sua responsabilidade os valores do Consórcio;
- c) assinar com o Presidente a prestação de contas do Consórcio AVH.

Art. 26°. O Segundo Tesoureiro substituirá o Primeiro Tesoureiro em caso de impedimento ou na falta deste, quando exercerá as atribuições contidas no artigo anterior.

Seção III - Do Conselho Fiscal

Art. 27°. O Conselho Fiscal será composto por 03 (três) membros e respectivos suplentes, indicados e eleitos pela Assembleia Geral, dentre os seus integrantes, a quem compete:

- I - fiscalizar permanentemente a contabilidade;
- II - acompanhar e fiscalizar quaisquer operações econômico-financeiras;
- III - exercer o controle de gestão e das finalidades;
- IV - emitir parecer sobre o plano de atividades, proposta orçamentária, balanços contábeis e relatórios em contas em geral.

§ 1º - O mandato dos membros do Conselho Fiscal é o mesmo da Diretoria Executiva.

§ 2º - Os membros do Conselho Fiscal não serão remunerados pelo exercício de suas funções.

§ 3º - O Conselho Fiscal reunir-se-á quando convocado pelo Secretário Executivo.

Seção IV - Do Conselho de Secretários Municipais

Art. 28°. O Conselho de Secretários Municipais será formado pelos Secretários Municipais de Saúde de todos os Municípios consorciados, e contará com uma mesa diretora, composta por 03 (três) membros (presidente, vice-presidente e secretário) e respectivos suplentes, indicados e eleitos pela Assembleia Geral, o qual terá as seguintes atribuições:

- I - exercer a consultoria técnica do CONSÓRCIO;
- II - estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano de Trabalho Anual do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH;
- III - propor critérios para a programação e execução acompanhando a movimentação e destinação dos recursos;
- IV - acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços prestados à população pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH;

V - emitir parecer, quando solicitado, sobre convênios, contratos ou acordos de qualquer natureza, a serem firmados para a realização das finalidades do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH;

VI - eleger seu Presidente, Vice-Presidente e Secretário.

Seção V - Da Secretaria Executiva

Art. 29º. A Secretaria Executiva do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, órgão de planejamento, coordenação e execução de suas finalidades operacionais, fica assim constituída:

I - Secretaria Executiva;

II - Diretoria Jurídica;

III – Departamentos Técnicos.

Art. 30º. O Secretário Executivo será nomeado pelo Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, a quem compete:

I - promover a execução das decisões da Assembleia Geral e Diretoria Executiva;

II - examinar e negociar convênios, contratos, acordos, parcerias e intercâmbios com órgãos e entidade pública e privadas, nacionais, estrangeiras e internacionais, segundo os seus interesses e conveniências e nos termos de suas finalidades operacionais, para aprovação da Assembleia Geral;

III - elaborar e submeter à Assembleia Geral do CONSÓRCIO para aprovação, as seguintes matérias:

a) o relatório anual de ações e atividades e a proposta orçamentária anual;

b) a prestação de contas das ações e atividades;

c) a escrituração contábil, em consonância com o Diretor Financeiro Contábil;

d) a contratação de empregados para prover o seu quadro de pessoal efetivo, para o desempenho de tarefas técnicas, administrativa e de manutenção, sempre precedida de seleção competitiva pública;

e) a demissão de empregados;

f) o plano de cargos, funções, salários e benefícios do CONSÓRCIO.

IV - autorizar compras, pagamentos e fornecimentos que estejam de acordo com o Plano Anual de Trabalho e dentro dos limites do orçamento aprovado pela Assembleia Geral, bem como movimentar em conjunto com o Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, as contas bancárias e os recursos financeiros do CONSÓRCIO;

V - autenticar ou levar à autenticação de autoridade competente os livros do CONSÓRCIO;

VI- preparar a pauta e acompanhar as Assembleias Gerais e reuniões dos Conselhos;

VII - praticar outras ações e atividades compatíveis com seu cargo, quando delegadas pela Diretoria Executiva.

Art. 31º. O Diretor Jurídico será nomeado pelo Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, sendo requisito de preenchimento inscrição ativa junto à Ordem dos Advogados do

Brasil, Seção São Paulo, bem como de comprovada experiência na área de direito público, a quem compete:

I - controlar, executar e coordenar as atividades de natureza jurídica relacionada ao Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH;

II- analisar, sob o ponto de vista jurídico, os processos que lhe sejam submetidos pelo Presidente e demais unidades administrativas do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, emitindo parecer a respeito;

III - participar de sindicâncias e processos administrativos internos emitindo orientação jurídica conveniente;

IV - realizar estudos sobre a legislação federal, estadual e municipal, cientificando o Presidente e demais órgãos, quando se tratar de assunto de interesse do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH;

V - promover a cobrança judicial da dívida ativa e de quaisquer outros créditos não liquidados nos prazos legalmente estabelecidos;

VI - prestar assistência jurídica necessária nos atos praticados pelo Presidente, aquisições, bem como, nos contratos firmados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, e nos procedimentos licitatórios;

VII - prestar assessoramento jurídico para o Presidente, bem como para os ex-Presidentes em procedimentos que envolva concomitantemente estes e o Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, especialmente junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;

VIII - representar o Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, em qualquer instância judicial, atuando o mesmo como Autor ou Réu, assistente, oponente ou simplesmente interessado.

Parágrafo Único – Os cargos de Diretor Jurídico e de Secretário Executivo, correspondem às funções de Chefia, Direção e Assessoramento, de livre nomeação e exoneração do Presidente do CONSÓRCIO, e terão remuneração definida no seu Regimento Interno.

Art. 32º. O Departamento Técnico será composto da seguinte forma:

I - Diretoria Administrativa;

II - Diretoria Financeira Contábil;

III - Diretoria Técnica em Saúde (Médica e Enfermagem);

IV – Assessoria Executiva.

§1º - Os Diretores de cada Departamento Técnico e a Assessoria Executiva serão nomeados pelo Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH.

§ 2º - Os Departamentos Técnicos serão compostos de Gerências Operacionais específicas, cuja composição, remuneração dos cargos e suas atribuições serão definidas no Regimento Interno do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH.

CAPITULO X - REGIME FINANCEIRO E DE FISCALIZAÇÃO

Art. 33º. O exercício financeiro do CONSÓRCIO coincidirá com o ano civil.

Art. 34º. Na Assembleia Geral realizada anualmente no mês de abril, ou até o dia 30 (trinta) de julho, o Secretário Executivo apresentará, para aprovação, a proposta orçamentária anual de ações e atividades do CONSÓRCIO para o ano seguinte, observado o Plano Anual de Trabalho, no qual serão especificadas as despesas de custeio e de capital.

Parágrafo Único - A proposta orçamentária será devidamente justificada.

CAPITULO XI - REGIME DE PESSOAL

Art. 35º. O quadro de pessoal do CONSÓRCIO será regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, e será formado pelos empregos públicos no número, forma de provimento, requisitos de nomeação, remuneração, correção salarial e atribuições gerais previstos no Regimento Interno do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH.

§ 1º - O processo de seleção de empregados no CONSÓRCIO para os cargos efetivos, de categorias funcionais por tempo indeterminado, será mediante concurso público de provas ou de provas e títulos, e serão regidos por editais que estabelecerão, em função da natureza da categoria funcional, a sua modalidade, as condições e requisitos para o provimento, o tipo e conteúdo e as categorias dos títulos, os critérios de julgamento, habilitação e classificação.

§ 2º - Para a execução de suas finalidades institucionais o CONSÓRCIO poderá contratar a prestação de serviços administrativos, técnicos e científicos, em caráter temporário:

- a) mediante teste seletivo;
- b) através de Convênios ou Termos de Compromissos de Estágio com entidades para contratação de estagiários;
- c) mediante licitação.

§ 3º - A contratação de pessoal para o CONSÓRCIO guardará compatibilidade com os programas, projetos, ações e atividades inscritas no Plano Anual de Trabalho.

CAPÍTULO XII - PRINCÍPIOS ÉTICOS E DEONTOLÓGICOS

Art. 36º. O CONSÓRCIO adotará princípios éticos e deontológicos com a observância do seguinte:

I - legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, racionalidade, economicidade, razoabilidade em todos os seus atos e decisões;

II - seleção competitiva pública para o recrutamento e admissão de seus empregados efetivos;

III - licitação sob diferentes modalidades;

V - busca constante do bom uso de seus recursos a fim de se evitar toda e qualquer forma de desperdício ou perdas;

VI - organização do seu orçamento e da sua escrita contábil nos termos da Lei Federal nº 4320, de 17 de março de 1964 e legislação complementar;

IV - controle externo relativo à aplicação de recursos financeiros públicos;

V - ficam impedidos os membros da Diretoria Executiva e Conselho Fiscal, a partir de sua eleição e investidura nas suas respectivas funções e cargos, de:

a) firmar ou manter contrato, seja através de sua pessoa física ou jurídica, da qual seja proprietário, controlador e Diretor, com o CONSÓRCIO;

b) aceitar ou exercer função, cargo ou emprego remunerado, em entidade similar ao CONSÓRCIO, no Estado ou no País;

c) nomear ou contratar parente natural ou consanguíneo, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, ou parente civil, para o exercício de função, cargo ou emprego no CONSÓRCIO, ainda que para o exercício de posição de confiança ou em comissão;

d) fazer uso do nome, das propriedades, dependências, instalações, benfeitorias, equipamentos, serviço em seu proveito próprio sem consentimento formal do CONSÓRCIO;

e) fazer uso de suas respectivas funções e cargos para fins políticos eleitorais, sindicais ou de representação, ou que tenha por base os empregados, colaboradores ou quaisquer pessoas físicas ou jurídicas relacionadas com as finalidades do CONSÓRCIO.

CAPÍTULO XIII - RETIRADA DO CONSORCIADO

Art. 37°. Cada Município consorciado poderá se retirar do CONSÓRCIO desde que comunique sua decisão acompanhada de justificativa, aprovada pela Assembleia Geral.

§ 1º - A referida retirada só ocorrerá mediante a quitação de todos os débitos existentes junto ao CONSÓRCIO.

§ 2º - O Município integrante do CONSÓRCIO que se retirar espontaneamente ou que deste for excluído, somente participará do rateio de bens e recursos, quando da extinção do CONSÓRCIO ou do encerramento da ação ou das atividades para a qual contribuiu, proporcionalmente à data do seu desligamento do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH.

CAPÍTULO XIV - DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 38°. Em caso de extinção do CONSÓRCIO, o remanescente de seu patrimônio, depois de saldas as dívidas, se reverterá ao patrimônio dos municípios consorciados, proporcionalmente às contribuições feitas ao mesmo.

Parágrafo Único. Podem, entretanto, os sócios que participem do investimento que pretendam indiviso, optar pela reversão a apenas um deles, escolhido mediante sorteio, ou conforme acordado pelos partícipes.

Art. 39°. Aplicam-se as hipóteses do artigo anterior aos casos de encerramento de determinada atividade, cujos investimentos se tornem ociosos.

Art. 40°. A eleição dos membros da Diretoria Executiva e Conselho Fiscal será realizada nos termos deste Estatuto, observando-se o disposto nos artigos seguintes.

Art. 41º. O registro das chapas far-se-á na Secretaria da Entidade, mediante requerimento firmado pelos candidatos em até 72 (setenta e duas) horas antes da eleição, podendo haver alterações, no dia da eleição, em caso de negociação para chapa única.

I - A composição das chapas deverá conter a indicação dos candidatos, dos Municípios que administram e dos cargos que se propõem a disputar;

II - Cada consorciado só poderá assinar um pedido de registro de chapa;

III - A Secretaria analisará a composição da chapa apresentada e comunicará qualquer irregularidade observada, estabelecendo-lhe o prazo de 24 (vinte e quatro) horas para a correção, sendo consideradas não inscritas as chapas que não atenderem esta solicitação;

IV - As chapas se distinguirão uma das outras pela numeração recebida no ato do registro, bem como pela denominação que quiserem a ela atribuir.

Art. 42º. A mesa eleitoral será constituída por um Presidente e dois mesários, com direito a voto, nomeados pelo Presidente do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH, entre os representantes dos consorciados presentes, os quais rubricarão as cédulas de votos.

Art. 43º. A mesa eleitoral verificará a identidade dos consorciados que se apresentarem para o exercício do voto e receberão suas assinaturas em folhas especiais devidamente rubricadas pelos mesários.

Art. 44º. O serviço de apuração dos votos será feito pela própria mesa eleitoral, imediatamente após o encerramento das votações.

Parágrafo único. A apuração dos votos será pública, podendo o Presidente da mesa convidar consorciados para o acompanhamento dos trabalhos.

Art. 45º. Terminada a apuração geral, o Presidente da mesa eleitoral fará a leitura dos resultados, sendo proclamada eleita a chapa mais votada.

Parágrafo único. Em caso de existência de mais de duas chapas e nenhuma obtiver 50% (cinquenta por cento) mais 1 (um) dos votos dos presentes, será realizado, no mesmo momento, o 2º (segundo) turno com as chapas mais votadas.

Art. 46º. É vedado a qualquer consorciado o direito de voto por mais de 1 (uma) vez.

Art. 47º. Somente terá direito a voto o Prefeito do município consorciado que estiver em dia com suas obrigações perante a Entidade, e, na impossibilidade deste comparecer, o Vice-Prefeito, desde que apresente documento assinado pelo Prefeito o credenciando a votar.

Art. 48º. Em caso de empate de votação, será considerada eleita a chapa cujo candidato a Presidência seja o mais idoso.

Art. 49º. O mandato da atual Diretoria se extinguirá no mês de abril, quando será realizada nova eleição, nos moldes definidos neste Estatuto.

Art. 50°. A eleição do Conselho Fiscal, que até então não existia, deverá se dar na mesma data de aprovação deste Estatuto, obedecidos os critérios definidos no mesmo, bem como deverão ser feitas as adequações devidas para o correto preenchimento da estrutura organizacional.

Art. 51°. Os contratos de rateio firmados entre o Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH e os Municípios consorciados permanecem em vigor nos estritos termos fixados até sua data de validade, quando então outros serão firmados.

Art. 52°. O presente Estatuto entra em vigor na data de sua aprovação, devendo ser registrado no órgão competente.

Ribeirão Preto/SP, 17 de outubro de 2014

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Presidente

Anexo V

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE AVH

CNPJ 17.781.651/0001-69

Fone/Fax (16) 3977-9176

Avenida Treze de Maio, nº 353 – 14.090-270 – Ribeirão Preto – São Paulo.

e-mail: consorcioavh@yahoo.com.br

CONTRATO DE RATEIO 01/201.....

CONTRATO DE RATEIO QUE ENTRE SÍ CELEBRAM O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE/ AVH E O MUNICÍPIO DE OBJETIVANDO A TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS PARA A REALIZAÇÃO DE DESPESAS DO CONSÓRCIO.

Pelo presente instrumento, de um lado o CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE AVH, associação civil, com personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, com sede à Avenida Treze de maio, 353 Jardim Paulistano na cidade de inscrito no CNPJ:, neste ato representado na forma de seu estatuto pelo Presidente Prefeito inscrito no CPF/MF: e RG: doravante denominado simplesmente CONSÓRCIO, e de outro lado o Município de, pessoa jurídica de direito público interno inscrita no CNPJ: com sede à Rua n: CEP-000 município – São Paulo, neste ato representada pelo seu Prefeito inscrito no CPF/MF: e RG: doravante referido simplesmente como MUNICÍPIO CONSORCIADO, celebram o presente instrumento, para as finalidades e nas condições a seguir expostas:

DA FINALIDADE

1º - O presente instrumento de rateio fundamenta-se no art. 8º da Lei Federal 11.107 de 06 de abril de 2005 e art. 2º, VII e art. 13 do Decreto 6.017 de janeiro de 2007 e art. 5º, III, IV do Estatuto do Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH.

DO OBJETO – vigência

2º - Constitui objeto deste contrato o repasse de recursos financeiros destinados ao custeio do CONSÓRCIO, para execução de suas finalidades no exercício financeiro de 2017 com fulcro no art 8º, § 1º, da Lei Federal 11.107/05 e nos artigos 13 e 16 do decreto 6.017/07.

3º - Entende-se por custeio do Consórcio, todas as despesas orçamentárias elencadas nas rubricas 3.1.90.11.00 a 3.3.90.99.00 constantes na portaria 163/2001 STN/SOF. Para a manutenção de serviços realizados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde AVH.

4º - Todo serviço ofertado por prestador credenciado ocorrerá de acordo com a necessidade e disponibilidade orçamentária e financeira do município, e será cobrado à parte, independentemente do rateio previsto na cláusula anterior.

DAS OBRIGAÇÕES

5º Constitui obrigação do MUNICIPIO CONSORCIADO:

5.1 Repassar os recursos e valores referentes as cláusulas 3ª e 4ª DO OBJETO em parcelas mensais e consecutivas, por meio de pagamento de boleto bancário;

5.2 O pagamento deverá ser efetuado até a data limite de todo dia 10 de cada mês de conforme deliberação dos prefeitos dos municípios Consorciados, constante na ATA de Assembléia Geral Ordinária de 24 de abril de 2014.

6º- Constitui obrigação do CONSORCIO:

6.1 aplicar os recursos financeiros objeto deste contrato exclusivamente para as despesas de custeio, de acordo com a execução orçamentária;

6.2 contabilizar os recursos repassados por meio deste Contrato de Rateio, de acordo com as normas do direito financeiro, aplicáveis às instituições públicas.

DO VALOR DE RATEIO

7º O valor estimado para o presente Contrato de Rateio é de R\$ 72.129,84 (setenta e dois mil, cento e vinte e nove reais e oitenta e quatro centavos), conforme percentual atribuído ao MUNICIPIO CONSORCIADO com base na sua população, compreendendo em doze parcelas mensais e consecutivas no valor de R\$ 6.010,82 (seis mil e dez reais e oitenta e dois centavos).

DAS VEDAÇÕES

8º É vedada a aplicação dos recursos financeiros repassados por meio deste contrato para atendimento de despesas genéricas e ou operações de crédito.

DAS RETRIÇÕES

9º Havendo restrição na realização de despesas, de empenhos ou de movimentação financeira ou qualquer outra derivada das normas de direito financeiro, o MUNICIPIO CONSORCIADO, mediante notificação escrita deverá informa-la ao CONSORCIO, apontando as medidas que tomou para regularizar a situação de modo a garantir a contribuição prevista.

9.1 eventual impossibilidade de o MUNICIPIO CONSORCIADO cumprir a obrigação orçamentária e financeira estabelecida neste contrato, obrigará o CONSORCIO a adotar medidas conforme art. 8º do Estatuto Social.

DO FORO

10º As partes elegem o foro da sede do Consorcio para dirimir quaisquer questões resultantes da execução deste Contrato de Rateio.

Assim por estarem de acordo, firmam o presente em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo elencadas.

Ribeirão Preto 20 de janeiro de 2017

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
PRESIDENTE – CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAUDE AVH

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
PREFEITO DO MUNICIPIO CONSORCIADO

TESTEMUNHAS:

Nome: _____ RG: _____

Nome: _____ RG: _____

Anexo VI

CARTA DE ANUÊNCIA

Informo que o Diretor da Direção Regional de Saúde de Ribeirão Preto (DRS 13) está em concordância com a coleta de dados do projeto de pesquisa “Processo de implantação do SAMU Regional de Ribeirão Preto” do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional de Gestão em Organizações de Saúde da Faculdade de Medicina (FMRP) e da Faculdade de Economia e Administração (FEARP) do campus de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** deste projeto de pesquisa do mestrando Dr. Marcelo Marcos Dinardi.

Ribeirão Preto, 03 de julho de 2017.

Ronaldo Dias Capelli
Diretor
Direção Regional de Saúde – DRS 13

Anexo VII

USP - CENTRO DE SAÚDE
ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MONTAGEM DO SAMU REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO: TRANSIÇÃO DO SERVIÇO DE ABRANGÊNCIA MUNICIPAL PARA O REGIONAL

Pesquisador: MARCELO MARCOS DINARDI

Versão: 1

CAAE: 71364117.9.0000.5414

Instituição Proponente: Centro de Saúde Escola - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 079357/2017

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto MONTAGEM DO SAMU REGIONAL DE RIBEIRÃO PRETO: TRANSIÇÃO DO SERVIÇO DE ABRANGÊNCIA MUNICIPAL PARA O REGIONAL que tem como pesquisador responsável MARCELO MARCOS DINARDI, foi recebido para análise ética no CEP USP - Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP- CSE/FMRP/USP em 17/07/2017 às 16:03.

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-0009

E-mail: cseculaba@fmrp.usp.br