



UEFS – UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

MAIZA SANDRA RIBEIRO MACEDO SILVA

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA (SAMU – 192) EM FEIRA DE SANTANA – BA:
ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO.**

Feira de Santana – BA

2009

MAIZA SANDRA RIBEIRO MACEDO SILVA

**AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA (SAMU – 192) EM FEIRA DE SANTANA – BA:
ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO.**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO – Políticas, Planejamento, Gestão em Saúde

LINHA DE PESQUISA – Planejamento, Gestão, e Práticas de Saúde

ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Thereza Cristina Bahia Coelho

CO-ORIENTADORA: Prof^ª. Dr^ª. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Feira de Santana

2009

Ficha catalográfica: Biblioteca Central Julieta Carteado

S581a Silva, Maiza Sandra Ribeiro Macedo
Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU - 192) em Feira de Santana – Ba: estrutura, processo e resultado / Maiza Sandra Ribeiro Macedo Silva. – Feira de Santana - BA, 2009.
145 f. : il.

Orientadora: Thereza Cristina Bahia Coelho
Co-orientadora: Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)– Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2009.

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). 3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – Avaliação. I. Coelho, Thereza Cristina Bahia. II. Vilasbôas, Ana Luiza Queiroz. III. Universidade Estadual de Feira de Santana. IV. Departamento de Saúde. V. Título.

CDU: 614

TERMO DE APROVAÇÃO

AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU – 192)
EM FEIRA DE SANTANA – BA: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO.

Data da aprovação 31/03/2009

BANCA EXAMINADORA

ORIENTADORA: Prof^a. Dr^a. Thereza Cristina Bahia Coelho

UEFS

Professor(a) Dr^a Ligia Maria Vieira Silva
ISC

Professor (a) Dr^a Lucia Maria Silva Servo
UEFS

Feira de Santana
2009

Aos profissionais do SAMU – 192, de
Feira de Santana-Ba, que dedicam parte
preciosa dos seus dias salvando vidas.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e por me permitir caminhar sempre na construção do bem.

Aos meus pais que souberam me orientar, acolher e me ensinaram o bom caminho da vida; aos meus irmãos que sempre me ajudaram a superar meus limites e dificuldades, nunca fiquei sozinha.

Ao meu companheiro João Falcone, cúmplice e amigo de todas as horas, essa é mais uma vitória nossa. As minhas duas pedras preciosas, mais lindas do mundo, que Deus me deu: Beatriz e João Pedro, obrigada meus filhos pela compreensão da minha ausência, porém tudo que faço é pensando em vocês. Amo vocês!!!

À Prof^a Thereza Cristina Bahia Coelho pelas orientações, incentivos, dedicação e paciência, por permitir navegar na pesquisa, meu muito obrigada, com certeza teremos um longo caminho a trilhar.

À Prof^a Ana Luiza Villas Boas pela contribuição efetiva, incentivo, paciência, objetividade e acreditar que tudo daria certo.

À banca formada pela querida mestre prof^a Lucia Servo a quem admiro e prof^a Ligia Vieira por participarem da minha banca de qualificação e defesa de dissertação.

Aos professores do mestrado de Saúde Coletiva que contribuíram para meu crescimento enquanto pessoa e pesquisadora.

Ao Prof^o Ricardo Menezes sem a sua ajuda seria impossível lidar com tantos números e tabela, valeu a força e o apoio.

A Adriana Queiroz, Lorena Franco, Fabrícia e Lílian Porto colegas que foram responsáveis por todas as observações realizada nessa pesquisa meu agradecimento especial, sem vocês tudo seria mais difícil. Podem contar comigo.

Ao Prof^o Carlos Estrela pela ajuda, incentivo e por compartilhar as minhas angústias.

Aos colegas do mestrado que tiveram a paciência, o carinho e contribuíram para meu crescimento enquanto pesquisadora, continuaremos em busca do conhecimento. Agradeço especialmente a Carol, Ana Paula, Kleise e Valesca.

A minha querida amiga Juliana Ribeiro presente em todos os momentos, muito obrigada pela dedicação e ajuda. Valeu, conte sempre comigo.

A todos os profissionais da CMR que compreenderam meus momentos de ausência e tocaram o serviço com dedicação.

Aos companheiros do SAMU 192 aos queridos Juciara Moura e Lúcio Couto sempre presente que me apoiaram e compreenderam minhas angústias e minha incompreensão. Meu

muito obrigada.

A todos os profissionais do SAMU 192 que colaboraram para que essa pesquisa acontecesse e pela dedicação ao sucesso do Serviço.

A Secretaria Municipal de Saúde por permitir que a pesquisa acontecesse.

As colegas e chefia do CPPOH, pela compreensão e apoio.

A todos aqueles que direta ou indiretamente me apoiaram para a concretização dessa vitória. Valeu o apoio.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACLS	Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
AS	Atendimento SAMU
ATLS	Suporte Avançado de Vida no Trauma
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CB	Corpo de Bombeiro
CEP	Comitê de Ética na Pesquisa
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CRU	Central de Regulação de Urgência
DAC	Departamento de Aviação Civil
ESF	Estratégia Saúde da Família
HDPA	Hospital Dom Pedro de Alcântara
HGCA	Hospital Geral Cleriston Andrade
HELR	Hospital Especializado Lopes Rodrigues
IBGE	Instituto de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência social
MS	Ministério da Saúde
NEU	Núcleo de Educação e Urgências
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NUSC	Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNAIU	Política Nacional de Atenção Integral às Urgências
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PM	Polícia Militar
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRE	Polícia Rodoviária Estadual
PRF	Polícia Rodoviária Federal
PSF	Programa Saúde da Família
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais/Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SESAB	Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SMT	Superintendência Municipal do Trânsito
SUS	Sistema único de Saúde
TARM	Telefonista Auxiliar da Regulação Médica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
USF	Unidade de Saúde da Família
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
VIR	Viatura de Intervenção rápida

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Imagem do Município de Feira de Santana - 2008	39
Figura 2 Sala de Regulação SAMU 192/ Feira de Santana-Ba	68

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 Esquema geral do modelo de análise que utiliza a triangulação de métodos	64
Fluxograma 2 Fluxo das ligações que chegam ao tronco SAMU 192	69

LISTA DE ORGANOGRAMAS

Organograma 1 Complexo Regulatório Feira de Santana-Bahia

42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Número de Trabalhadores do SAMU 192, por Categoria, em 2004	30
Quadro 2 Estimativa Populacional Segundo Faixa Etária e Sexo do Município de Feira de Santana	40
Quadro 3 Distribuição das Unidades de Saúde Pública e Privada Conveniada ao SUS de Feira de Santana	41
Quadro 4 Tipos de Ambulâncias Utilizadas na Rede SAMU – 192	43
Quadro 5 Modelo Teórico da Avaliação da Estrutura	49
Quadro 6 Indicadores de Avaliação em Relação aos Padrões Utilizados para o Componente Estrutura	49
Quadro 7 Modelo Teórico de Avaliação Componente Central de Regulação de Urgência	52
Quadro 8 Indicadores de Avaliação Utilizados para os Componentes Estrutura, Processo e resultados	52,53,54
Quadro 9 Modelo Lógico de Avaliação do Componente Educação Permanente para os Profissionais do SAMU 192	55,56
Quadro 10 Indicadores de Avaliação Utilizados para o Componente Educação Permanente para os Profissionais do SAMU 192	52
Quadro 11 Modelo Lógico de Avaliação do Componente Atendimento Pré-Hospitalar Móvel no Local da Cena com Remoção para Unidade de Referência	57,58
Quadro 12 Indicadores de Avaliação Utilizados para o Componente Atendimento Pré-Hospitalar Móvel no Local da Cena com Remoção para Unidade de Referência	58
Quadro 13 Número de trabalhadores do SAMU – 192 por categoria	60
Quadro 14 Distribuição dos sujeitos da pesquisa e observações	61
Quadro 15 Modelo teórico de Avaliação das Ações do SAMU 192- Abordagem Qualitativa	62,63
Quadro 16 Tempo médio de resposta das equipes de Suporte Básico	76
Quadro 17 Tempo médio de resposta das equipes de Suporte Avançado	76
Quadro 18 Educação Permanente para os Profissionais do SAMU 192	86
Quadro 19 Atendimento Pré-Hospitalar Móvel no Local da Cena com Remoção para Unidade de Referência	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Chamada telefônicas gerada ao tronco SAMU 192	70
Tabela 2 Atendimento SAMU 192 associado a sua origem	71
Tabela 3 Atendimento SAMU 192 associado à localização do chamado	72
Tabela 4 Atendimento SAMU 192 associado às saídas das equipes de urgências	74
Tabela 5 Atendimento SAMU 192 associado à saída da equipe de suporte avançado após avaliação da equipe de suporte básico	75
Tabela 6 atendimentos SAMU 192 associado à referência dos usuários	78
Tabela 7 Atendimento SAMU 192 associado às Urgências por Casuística referenciada as unidades de saúde	80
Tabela 8 Atendimento SAMU 192 associado ao sexo	82
Tabela 9 Atendimento SAMU 192 associado a faixa etária	83
Tabela 10 atendimentos SAMU 192 associados aos dias e turnos da semana com maior pico de atendimento	84

RESUMO

A ampliação do acesso da população aos serviços de urgência, principalmente a partir da construção da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), e implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), como principal componente dessa Política e o fortalecimento do SUS, exigiu mudanças na organização da rede de serviços. A presença do SAMU como componente dessa Política e como parte da rede de serviços contribuiu significativamente para a operacionalização dos princípios do SUS, iniciando com a ampliação e fortalecimento do acesso através do 192, onde nesse momento desconstrói as barreiras geográfica e econômica. Em seguida, há uma classificação de riscos, onde se busca a melhor resposta à necessidade do usuário, fortalecendo nesse momento o princípio da equidade. Após isso, encaminham-se as equipes móveis ao local da urgência, onde se inicia a abordagem à vítima *in loco*. Nesse momento, fortalecidos o princípio da integralidade das ações, essa vítima é removida e referenciada a uma unidade fixa, onde é trabalhado a integralidade dos serviços. O presente estudo objetivou avaliar a implementação do SAMU - 192 em Feira de Santana-BA, a adequação desse Serviço a PNAU, descrever sua estrutura para atender a demanda municipal, e caracterizar as ações desse Serviço em relação à estrutura, processos e resultados, utilizando indicadores adaptados da PNAU. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, feita através do modelo de avaliação que integra as abordagens quantitativa e qualitativa, numa tentativa de se aproximar da proposta de avaliação por triangulação de métodos. Na fase quantitativa o estudo foi de caráter censitário (n=77.593 atendimentos), onde foram avaliados todos os atendimentos do SAMU, a parte física, a partir de três elementos: Central de Regulação de Urgência (CRU), educação permanente para os profissionais do SAMU, e atendimento pré-hospitalar móvel no local da cena, onde foram avaliados quanto à estrutura. Os processos e os resultados foram avaliados através da abordagem qualitativa, utilizando as técnicas de observação sistematizada e análise documental. Através das análises, detectou-se que houve uma variação do ano de 2007 para 2008 de -31,45% referente ao total de chamados SAMU; em relação aos trotes, a variação foi de -59,42%; referente à origem do atendimento, a variação do chamado primário foi de -35,30%, enquanto chamados secundários de +208,97%; detectou-se a existência de capacitação continuada, como também a utilização de protocolos técnicos para operacionalização das rotinas e atendimentos às vítimas; identificou-se o não investimento de recurso em nível federal e estadual para capacitação de pessoal, como também número de unidades de suporte avançado e básico incompatíveis com a demanda local. Conclui-se que os limites encontrados são passíveis de resolução, dependendo da parceria das três esferas governamentais, e que existem muitas perspectivas de avanço, o que contribui para o fortalecimento e qualificação das ações do SAMU, da PNAU e do SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde (SUS); Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Avaliação.

ABSTRACT

The expansion of the population's access to emergency services, mainly from the construction of the National Policy for the Emergency Services (PNAU) and deployment of Mobile Service, Emergency (SAMU 192), as the main component of this policy and the strengthening of the SUS, demanded changes in the organization of network services, so as to increase the coverage of the health units in the pre-hospital fixed, as the deployment of new Service Ready (PA) to minimize the empty ports of entry in care of emergencies. The presence of SAMU component of this policy and as part of the network of services contributes significantly to the operationalization of the principles of the SUS, starting with the expansion and strengthening of access through the 192, which at that time deconstructs the geographic and economic barriers. Then there is a classification of risks, which seeks to better meet the needs of the user, at that time strengthening the principles of fairness and resolution. After that, heading up the mobile teams to the site of the emergency, which begins to approach the victim on the spot. At that time, strengthened the principles of resolution and completeness of the shares, the victim is removed and referenced to a fixed unit, which is the working principle of the entire service. This study aimed to evaluate the implementation of the SAMU - 192 in Feira de Santana-BA, the suitability of the Service PNAU, describe its structure to meet local demand, and characterize the actions of the Service in relation to the structure, processes and outcomes, using indicators adapted from PNAU. This is an evaluative research, done by the evaluation model that integrates quantitative and qualitative approaches in an attempt to bring the proposed assessment by triangulation methods. In the quantitative phase of the study was caráter census (n = 77,593 visits), which were all attending the SAMU, the physical part, from three elements: the Emergency Regulation Center (RAW), continuing education for professionals in the SAMU, and prehospital care in the local scene, which were evaluated for the structure. The procedures and results were evaluated through a qualitative approach, using the techniques of systematic observation and documentary analysis. Through analysis, found that there was an absolute variation in the year 2007 to 2008 of -31.45% refers to the total called SAMU; trotes for the change was -59.42%, on the origin of service, the absolute variation of the so-called primary was -35.30%, while known side of +208.97%, detected the existence of continuous training, as well as the use of technical protocols for operation of the routines and care for victims; identified is not the investment of resources in federal and state level for training of personnel, as well as number of units of basic and advanced support incompatible with the local demand. It is found that the limits are capable of resolution, depending on the partnership of the three spheres of government, and there are many prospects for advancement, which contributes to the strengthening and qualification of shares of SAMU, the PNAU and the SUS.

Key -Word: Unified Health System (SUS), National Policy for the Emergency Services (PNAU), Mobile Service, Emergency (SAMU) Evaluation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.
2 OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.
2.1 Objetivo Geral	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos Específicos	Erro! Indicador não definido.
3 CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO	Erro! Indicador não definido.
3.1 A instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências.....	26
3.2 O Processo de implantação e Implementação do SAMU – 192 na Bahia e em Feira de Santana	30
4 REFERENCIAL TEÓRICO	33
4.1 As Concepções sobre o processo de Avaliação em Serviço de Saúde Móvel.....	35
5 METODOLOGIA	38
5.1 Tipo de Estudo.....	38
5.2 Campo Empírico da Pesquisa	40
5.2.1. Considerações sobre o Município.....	40
5.2.2 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192): O campo de investigação propriamente dito.....	44
5.2.2.1 Estrutura	45
5.3 Aspectos Éticos	48
5.4 Fase exploratória.....	Erro! Indicador não definido.
5.4.1. Abordagem quantitativa	50
5.4.1.1. Técnica de coleta de dados	50
5.4.1.2. Coleta de dados.....	51
5.4.1.3 Ordenação dos resultados	51
5.4.1.4 Análise dos Dados Obtidos	52
5.4.2. Abordagem qualitativa	64
5.4.2.1 Técnica de coleta de dados	64
5.4.2.2 Sujeitos do Estudo	65
5.4.2.3 Coleta de dados.....	66
5.4.2.4 Ordenação e classificação dos dados.....	67
5.4.2.5 Análise dos dados obtidos	67

6 AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA MUNICIPAL: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO.	71
6.1 A estrutura do SAMU	71
6.2 O processo de produção das ações às urgências no pré-hospitalar móvel em uma cidade-entroncamento	74
6.2.1 Componente 1: Central de Regulação de Urgência (CRU): estrutura, processo e resultado.	74
6.2.2 Componente 2: Educação Permanente para os Profissionais do SAMU-192	95
6.2.3 Atendimento Pré-hospitalar Móvel no Local da Cena com remoção para Unidade de Referência.....	98
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
7.1 Possibilidades de intervenções e melhorias no SAMU 192 no município de Feira de Santana-BA.....	103
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	110
APÊNDICE A Roteiro da observação sistemática no SAMU 192 Erro! Indicador não definido.	
APÊNDICE B Roteiro da observação sistemática da Sala de Regulação de Urgência SAMU 192	
APÊNDICE C Roteiro da observação sistemática das unidades móveis do SAMU 192	
APÊNDICE D	
APÊNDICE E	
APÊNDICE F	
APÊNDICE G	
APÊNDICE H Termo de consentimento livre e esclarecido	
ANEXOS	123

1 INTRODUÇÃO

A crescente demanda por serviços na área de Urgência e Emergência nos últimos anos, somada à insuficiente estruturação da rede, tem contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de média e alta complexidade disponibilizados para o atendimento da população. Isso transformou esta área numa das mais problemáticas do sistema de saúde (BRASIL, 2006). David (2002) sinaliza que a mudança no perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira tem apontado para um aumento expressivo dos agravos e doenças, cuja necessidade de atenção imediata os coloca como situações de urgência e emergência.

Embora os serviços de atendimento pré-hospitalar tenham surgido numa época em que o Estado não consegue mais atender, em plenitude, às demandas sociais - dentre outros motivos, por assumir políticas neoliberais ditadas por organismos financeiros internacionais - inúmeros outros problemas que afetam diretamente a vida humana têm-se tornado agravantes, desencadeando processos de desintegração social, a exemplo do alarmante aumento da violência, sobretudo a violência no trânsito.

Doenças que refletem padrões epidemiológicos antigos passaram a conviver, às vezes num mesmo indivíduo, com doenças emergentes, podendo-se dizer que:

Frente ao aumento exacerbado da violência, doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, entre outras responsáveis pelas ocorrências de urgência/emergência, cresce também a necessidade de atendimento imediato das vítimas no local da ocorrência, bem como de transporte adequado para serviço emergencial de tratamento definitivo (PRADO, MARTINS, 2003, p. 71).

Martins (2004) afirma que o Brasil se situa no redemoinho da transição epidemiológica interrompida. Ou seja, após um predomínio inicial, as doenças infecciosas e parasitárias cedem lugar, progressivamente, às doenças crônico-degenerativas. Entretanto, se o auge da transição, além de ser resultado natural de um desenvolvimento social normal, tiver algum significado de bem estar social, pode-se adiantar que estamos no sentido inverso. Muito diferentemente do que a transição linear indica, o Brasil passa por um momento que:

(...) se traduz pela convivência simultânea da população com os dois grandes grupos de doenças - [doenças infecciosas/parasitárias e doenças não transmissíveis] - caracterizando um momento [peculiar] de transição epidemiológica, ou seja, coexistência de padrões epidemiológicos "arcaicos" e "modernos", como refere Passos (1989, apud LESSA, 1994, p. 269).

Cohn (2003), ressaltando a falta de univocidade quanto ao conceito de "transição

epidemiológica”, chama a atenção para os aspectos de desigualdade relacionados com este fenômeno, que afeta o quadro sanitário do país:

Em que pese uma controvérsia no seio dos epidemiologistas em torno dessa denominação, (...) visa traduzir a convivência de doenças infantis e infecto-contagiosas com doenças crônicas e degenerativas, às quais se somam as mortes por causas externas, variando a ordem da incidência de cada uma delas, não só em termos regionais, mas, sobretudo, em termos da variável renda, que tem aí um peso decisivo (COHN, 2003, p. 38).

Contudo, um dos marcos principal da transição atípica é o aumento exacerbado dos índices de morbi-mortalidade por causas violentas, com profundos impactos nos serviços de saúde.

Noronha (2003), estudando a magnitude da violência na área metropolitana de Salvador apontou, em 2003, que as agressões por arma de fogo tiveram uma alta frequência na amostra (26,5%), situando-se acima disso os espancamentos (27,3%). Os atos de violência com arma de fogo foram resultado da ação de desconhecidos (71,1%), sendo que em sua maioria essas agressões ocorrem no bairro residencial da vítima (73,3%). Tais resultados sugerem ampla difusão de arma de fogo na sociedade soteropolitana.

O número de acidentes e violência tem forte impacto sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o conjunto da sociedade. Na assistência, este impacto pode ser medido diretamente pelo aumento dos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI, e pela alta taxa de permanência hospitalar de pacientes com este perfil. Na questão social, pode ser verificado pelo aumento de 30% no índice de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), em relação a acidentes e violência nos últimos anos, enquanto que por causas naturais, esta ocorrência encontra-se em queda (BRASIL, 2006).

Prado (1998), referindo-se à violência no trânsito, divide os diferentes níveis e áreas de intervenção em dois eixos básicos, permitindo a construção de abordagens de enfrentamento da violência. No eixo A, o controle da exposição e a prevenção de danos agrupam as “medidas que tem por objetivo diminuir a possibilidade de ocorrência de eventos violentos no trânsito, bem como as possibilidades de diminuição de seqüelas (PRADO, 1998, p. 124)”. O eixo B, referente ao manejo pós-trauma, inclui as “medidas que visam dar atendimento às vítimas das ocorrências no trânsito, com o objetivo de garantir a vida e a minimização das repercussões dos danos (PRADO, 1998, p. 127)”.

Considerando os eixos referidos, é possível perceber a importância do serviço pré-hospitalar móvel para a saúde pública. Entretanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) observou que, dentre as pessoas atendidas por casos de urgência/emergência ocorridos fora da

unidade de saúde, seja em via pública, seja em domicílio, ou em qualquer outro ambiente, uma parcela significativa morre no local do evento, enquanto outra parte chega sem vida às unidades de referência, ou com agravamento do quadro clínico, que pode também se dar durante o atendimento nas unidades referenciadas, deixando-a sujeita a seqüelas irreversíveis e tornando esta população improdutiva. Neste contexto, entende-se que um serviço móvel, com equipamentos adequados, e equipe devidamente capacitada para este tipo de atendimento, e que consegue chegar ao local da cena no menor tempo de resposta possível, contribuirá para a diminuição da incidência de óbito no local do evento, assim como das seqüelas decorrentes da remoção indevida.

O atendimento rápido, qualificado e móvel no pré-hospitalar deve contribuir também para diminuir a taxa de permanência hospitalar, a assistência em UTI, e o índice de APVP. As vítimas, ao serem estabilizadas através dos cuidados imediatos no local da cena, por equipe técnica treinada/capacitada, seguidos de remoção adequada à unidade referenciada, aumentam suas chances de sobrevivência. O serviço termina contribuindo para a integralidade da assistência de duas formas: ao atender prontamente às demandas de urgência, e ao diminuir o impacto das seqüelas sobre o sistema de serviços hospitalar e ambulatorial.

Entretanto, estudos demonstram que o atendimento às demandas urgentes no Brasil ainda se apresenta ineficiente e desigual. Pessoto *at all* (2007) encontraram que, em 1998, na Região Metropolitana de São Paulo, o tempo médio de espera dos usuários com plano de saúde, para serem atendidos, era de 32 minutos, enquanto para os que não tinham plano esse tempo subia para 81 minutos. Se o tempo do atendimento nas situações de urgência e emergência é duas vezes maior para os usuários do SUS, na atenção básica esse tempo aumenta para três vezes mais, segundo os autores.

A necessidade crescente de manter uma estrutura tecnológica e humana permanentemente a postos para estas situações tem-se apresentado como um desafio, tanto para o setor público quanto para o privado. Neste contexto, é importante estruturar a rede de serviços de urgência e emergência para dar resposta às necessidades da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um direito conquistado pela população brasileira na Constituição Federal de 1988, e oficializado com as leis Federais nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. O SUS é o conjunto de ações e de serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, ou por entidades a ele vinculadas, e deve garantir atendimento universal, igualitário, e integral a todo cidadão brasileiro que dele precisar em todas as unidades de saúde vinculadas à rede pública.

Para operacionalizar este sistema foram formuladas e implementadas políticas públicas de saúde, dentre as quais, a Política Nacional de Atenção Integral às Urgências (PNAIU), integrada com a rede de assistência à saúde, e operacionalizada através da Portaria GM/MS nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003, e da Portaria GM/MS nº. 1.864, que institui seu principal componente, o Pré-Hospitalar Móvel através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192). A definição de uma política de atenção às urgências tem como base o princípio da integralidade, sob o imperativo das necessidades humanas, de acordo com a Portaria GM/MS nº. 2.048, de 05 de novembro de 2002, e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), SUS 01/2002 (BRASIL, 2006).

A PNAIU vislumbra um horizonte novo, porque parte do princípio de que a integração da assistência, a partir do circuito das urgências, seja capaz de fazer avançar a integração necessária dos entes federados e das instituições que compõem o SUS. A PNAIU fortalece o processo de regionalização e hierarquização da assistência a partir de figuras regionais reais, sem fronteiras administrativas, que via de regra contraria o fluxo de movimento das pessoas, cumprindo o desafio de colocar o cidadão no centro do sistema. Como esta política não pode se restringir apenas ao serviço móvel, a rede de serviços como um todo necessita ser estruturada para responder à demanda da população, ser sensível às necessidades, flexível, mas também estável, com elementos diferenciáveis, e profundamente humana, atenta à situação individual, mas sem ignorar o todo.

O SAMU-192 presta assistência em um primeiro nível de atenção aos portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática, pediátrica, obstétrica ou psiquiátrica, quando ocorrem fora do ambiente hospitalar, podendo acarretar sofrimento, seqüela, ou mesmo a morte (Brasil, 2003). Assim, o fluxo organizado dos clientes, da atenção básica à alta complexidade, é uma das prioridades do Sistema de Saúde local e, neste contexto, o SAMU-192 tem um forte potencial ordenador da assistência, como forma de responder às demandas de urgências. Porém, é imprescindível que a população seja esclarecida sobre a utilização correta deste serviço, que a equipe esteja capacitada, habilitada e envolvida para desenvolver as ações, e que a rede onde será referenciada esta população porte uma estrutura adequada para dar continuidade ao atendimento iniciado pelo serviço móvel.

A falta de operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, numa dimensão abrangente em que os sujeitos (re)construam esse processo, acaba resultando em ações isoladas e estanques, desde a atenção básica à alta complexidade, mantendo o usuário à margem do processo de saúde. Assim, o SAMU-192 municipal tenta fortalecer suas ações

através do Comitê Municipal de Atenção às Urgências, coordenando a organização dos instrumentos e mecanismos de regulação, bem como a operacionalização das ações, a partir das pactuações estabelecidas, trabalhando a intersetorialidade, buscando fortalecer a integralidade das ações nos diversos níveis de atenção a saúde.

Nesse sentido, o SAMU-192 busca operacionalizar a assistência pré-hospitalar móvel no âmbito do SUS, fortalecendo a intersetorialidade com instituições afins, como: Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Rodoviária Estadual, Defesa Civil, e Unidades de Saúde que compõem a rede de serviços públicos e privados.

O SAMU – 192 de Feira de Santana é um dos 15 serviços que compõem a rede estadual da Bahia. Algumas evidências provenientes da própria instituição têm apontado para o cumprimento dos objetivos e metas propostos para o serviço, entretanto nenhum estudo cientificamente conduzido buscou até o momento problematizar a experiência municipal, assim como não se encontram ainda na literatura nacional pesquisas avaliativas sobre esse tipo de serviço. Por outro lado, problemas decorrentes de situações de urgência e emergência mantêm os índices de morbi-mortalidade em patamares inaceitáveis, indicando a necessidade de se investigar melhor como esses serviços atuam, quais os efeitos que determinam no sistema de saúde e na população coberta.

A PNAU estabelece os propósitos, prioridades, estratégias, e atividades para efetivá-la, constituindo o SAMU – 192 de forma promissora quanto às possibilidades de redução dos custos com hospitalização, do fortalecimento da intersetorialidade e integralidade das ações. A pesquisa avaliativa irá contribuir para o conhecimento mais aprofundado das ações desenvolvidas por este serviço, suas relações com diversos setores, serviços e sujeitos sociais do município feirense, e respaldar futuras propostas de adequação e planejamento dos serviços de emergência pré-hospitalar móvel.

Diante do exposto, a questão norteadora desse estudo pode ser formulada da seguinte maneira: Como têm-se desenvolvido as ações do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192) no que se refere à estrutura, ao processo, e resultado no município de Feira de Santana - Bahia, no período de 2007 e 2008?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Avaliar a implementação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192), em Feira de Santana-Ba.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a adequação do SAMU-192 à Política Nacional de Atenção às Urgências.
- Descrever a estrutura disponível do SAMU-192, para atender à demanda do município de Feira de Santana;
- Caracterizar as ações do SAMU-192 no município de Feira de Santana-BA.

3 CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO OBJETO

Historicamente, a produção de serviços de saúde, no Brasil, tem estado intimamente imbricada às políticas de saúde, por sua vez, subordinadas às políticas sociais – especialmente a previdenciária – e econômicas mais gerais. Ou seja, “as políticas de saúde no Brasil até muito recentemente caracterizam-se pelo seu vínculo estreito com as políticas de Previdência Social, sobretudo no que diz respeito à sua forma de financiamento (COHN, ELIAS, 2003, p. 7)”.

Desde o início do século passado, as políticas de saúde foram estabelecidas numa “relação de dependência” da Previdência Social,

(...) a tal ponto que se torna praticamente impossível compreender e explicar as atuais políticas de saúde no país, restringindo-se apenas às instâncias que, por definição, são responsáveis por excelência pela saúde: o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. (...) A organização dos serviços de saúde no Brasil, (...) em consequência desse vínculo com a Previdência Social, apresenta um processo de privatização dos serviços de assistência médica extremamente precoce, com as consequências que disso derivam, e que teve início com o credenciamento de serviços médicos privados pela Previdência Social já na década de 20 [do século passado] (COHN, ELIAS, 2003, p. 7).

No entanto, com o fortalecimento dos serviços privados ou do Modelo Médico-Assistencial Privatista, houve o declínio do Modelo Assistencial Sanitarista, e o hospital foi gradativamente sendo transformado no núcleo privilegiado de atenção a saúde e, conseqüentemente, as profissões de saúde – dentre as quais a Enfermagem – voltaram sua formação para o desenvolvimento de um perfil hospitalocêntrico, ou seja, com maior ênfase na doença e na reabilitação (MARTINS, 2004).

Com o estabelecimento da ditadura militar, consolidou-se um regime que,

(...) de um lado, implementava uma política econômica geradora de doenças e riscos à saúde; de outro lado, diminuía a oferta e reduzia a qualidade dos serviços públicos, potencializando ou sendo o responsável efetivo pela morbidade e mortalidade prevalentes na população brasileira (SCOREL, 1998, p. 176).

Em outras palavras, a exploração privada dos serviços de saúde foi intensificada enquanto a oferta daqueles serviços pelo Estado foi cada vez mais restrita. Em

conseqüência deste fato, durante o período mais repressivo da ditadura militar, desenvolveu-se sobre as bases universitárias um pensamento transformador na área da saúde (SCOREL, 1998). Posteriormente, dadas às sérias conseqüências e prejuízos sociais do modelo político-econômico implantado naquele regime - pela sua característica excludente -, os agentes sociais diretamente envolvidos na questão da saúde passaram a exigir o re-dimensionamento do modelo de atenção à saúde, e aquele desenvolvimento teórico passa a dar sustentação ao movimento sanitário, que surge ainda na década de 70, com a mobilização de vários segmentos da sociedade, ainda que bastante restritos, contra o descalabro do Sistema de Saúde vigente, e em defesa do fortalecimento do setor público de Saúde (COHN, 2003).

O movimento sanitário mantém-se nos “anos Geisel e Figueiredo”, embora com baixa capacidade de interferência e, com a abertura política na virada da década de 70, se re-articula e ocorre em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, “(...) que deveria obter subsídios visando a contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para o debate na futura constituinte (SCOREL, 1996)”.

Para Scorel (1996, p. 187),

A VIII CNS foi o exemplo máximo da utilização do espaço ocupado no aparelho do Estado para possibilitar a discussão democrática das diretrizes políticas setoriais. Durante o plenário, reuniram-se aproximadamente cinco mil pessoas, entre as quais mil delegados, discutiram-se e aprovou-se a unificação do Sistema de Saúde. Ainda mais: aprovaram-se definições e propostas relativas ao conceito ampliado de saúde, ao direito de cidadania e dever do Estado e às bases financeiras do sistema. (...) Os desdobramentos principais da Conferência foram à constituição da Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Entidades de Saúde, que se fez representar intensamente no processo constituinte visando à aprovação das propostas da VIII CNS, obteve vitórias que culminaram na aprovação de um capítulo sobre saúde inédito na história constitucional, refletindo o pensamento e a luta histórica do movimento sanitário.

Em direção à conformação de um Sistema Único de Saúde, no artigo 198 do texto constitucional federal, que:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – participação da comunidade.

Parágrafo Único. “O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (BRASIL, 1998, p. 109).

Deste modo, mediante o contexto social de movimento contraditório e da garantia constitucional de exploração privada da assistência à saúde, estreita-se cada vez mais, de um lado, uma parcela da população financeiramente habilitada a consumir os serviços de Saúde privatamente explorados, enquanto de outro, amplia-se a grande massa da população dependente exclusivamente da assistência pública, que deveria ser responsabilidade do Estado (MARTINS, 2004).

Assim, mediante a necessidade de regulamentar os dispositivos constitucionais, foi promulgada, a Lei 8.080, em setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, e as respectivas competências dos vários níveis de governo (BRASIL, 2006g). Em seguida, foi promulgada a Lei 8.142, de 1990 (BRASIL, 2006h), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, resultante de negociações desencadeadas por atores sociais comprometidos com a implantação do SUS.

É sob esta perspectiva de mudança que acompanhou o processo de construção do SUS e o impasse vivenciado para a concretização dos serviços de emergências, seja pré-hospitalar ou hospitalar, que será possível refletir sobre as diferentes abordagens das formas de atendimento de emergência pré-hospitalar móvel, enquanto possibilidade de ser construído como direito de cidadania.

No contexto da construção do SUS se discutiu pouco a assistência pré-hospitalar móvel. Conforme MARTINS (2004), os serviços de assistência pré-hospitalar, as urgências e emergências clínicas e traumáticas, tiveram um desenvolvimento, em nível nacional, à margem do SUS, subordinadas diretamente ao Estado e sua política neoliberal, ou seja, longe de passar pelo já incipiente Controle Social da Saúde. Somente em alguns locais isolados, que por longo tempo divergiram da política neoliberal, desenvolveram-se modelos de atendimento pré-hospitalar (APH) junto às

instituições de saúde, executados por profissionais de saúde, como por exemplo, o serviço organizado em 1995, na cidade de Porto Alegre.

Martins (2004) lembra ainda que as primeiras cidades que implantaram o SAMU - Campinas, Porto Alegre e Belém - eram governadas pela oposição ao poder neoliberal, dominante no governo central, e desenvolviam a modalidade de orçamento participativo. Conforme o Ministério da Saúde, em 1990 foi lançado o Programa de Enfrentamento às Emergências e Traumas,

Com o propósito de reduzir a incidência dos agravos externos, através de medidas fiscalizadoras de segurança, educacionais e outras, bem como reduzir também a morbi-mortalidade por afecções de emergências e traumas, dando um aumento de cobertura e melhoria do sistema de atendimento pré-hospitalar. (...) O desenvolvimento do Projeto de Atendimento Pré-Hospitalar tem como principal executor as corporações de bombeiros militares, cujas atividades-fins enquadram-se perfeitamente na proposição do MS e, chamados a colaborar, atendem de imediato a solicitação, engajando-se no programa com a responsabilidade pelo APH às emergências e traumas (BRASIL, 1990b, p. 5).

De um modo geral, o serviço de emergência pré-hospitalar móvel possui uma dinâmica operacional diferenciada das demais práticas assistenciais à saúde. Neste serviço, o ambiente em que se dá a assistência é imprevisível e sempre mutável no tempo e espaço. Por tratar-se de situações de emergência e de instabilidade das funções vitais da vítima, a possibilidade de tornarem-se reversíveis implica e define condutas imediatas de cuidado e tratamento complexos, além de que implicam em confronto com diversas questões ético-legais, exigindo constantes reflexões por parte dos trabalhadores. Mediante esta característica, típica desta prática de saúde, pode-se afirmar que a atuação em emergência pré-hospitalar, além de requerer alto grau de conhecimento, exige que os profissionais do serviço estejam submetidos a preceitos éticos e morais, comprometidos com a manutenção da vida do ser humano, o que só é possível se for reconhecida como uma prática de saúde e, conseqüentemente, atribuído ao Sistema de Saúde.

3.1 A instituição da Política Nacional de Atenção às Urgências

O atendimento pré-hospitalar teve início no Estado do Rio de Janeiro em 1986, com a criação do grupo de socorro de emergência do corpo de bombeiros, composto por unidades de suporte avançado de vida e médicos socorristas, sensibilizando as demais autoridades de saúde da união e do Governo Federal para a importância deste serviço para o bem estar da comunidade. Por falta de diretrizes nas emergências, o Brasil firmou acordo com o Governo Francês, seguindo assim o seu modelo de atendimento pré-hospitalar (LOPES; FERNANDES, 1999).

No Brasil, em junho de 1893, no Rio de Janeiro, foi aprovada a primeira lei que estabelecia o socorro médico de urgência em via pública, um ótimo plano, mas que não foi executado por falta de verbas. Em 1907 foram compradas as primeiras ambulâncias, sendo que somente em 1920 houve renovação da frota. Eram os estudantes de medicina da época que atuavam nos atendimentos.

No Brasil, historicamente o primeiro serviço de atendimento de urgência móvel instituído nacionalmente, foi o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), criado em 1949, o qual prestava assistência domiciliar. Porém, em janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foi integrado a este Instituto junto com os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões que existiam na época, e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. O qual foi progressivamente desativado.

A partir desse contexto, em consequência dos eventos científicos e políticos, medidas foram sendo adotadas para permitir uma uniformidade técnica e legal, respaldando-se as ações adotadas em urgência e emergência (FERNANDES, 2004).

Assim, percebendo a necessidade de mudar o perfil nos atendimentos emergenciais do País, o Governo Federal, em 1999, promulgou a primeira Portaria GM 824, de 24 de junho, onde o Ministério da Saúde considera como Atendimento Pré-Hospitalar aquele prestado nos primeiros minutos após o agravo à saúde (BRASIL, 2001).

Quando a Política Nacional de Atenção às Urgências é oficialmente instituída em 2003, apenas 11 cidades brasileiras possuíam Serviço de Atendimento Pré-hospitalar

(SAPH), realizado por profissionais de saúde, serviço que fora re-adequado à atual Política Nacional de Atenção às Urgências e consequentemente inserido ao SUS.

As leis que regem, regulam e normatizam a área de urgências e emergências pré-hospitalares ao nível da Política Nacional de Atenção às Urgências são:

- PORTARIA Nº. 2.048/GM, de 05 de novembro de 2002: Regulamenta o atendimento de urgência e emergência.

- PORTARIA Nº. 2.072/GM, em 30 de setembro de 2003: Institui o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências.

- PORTARIA Nº. 1.863/GM, em 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.

- PORTARIA Nº. 1.864/GM, em 29 de setembro de 2003: Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU – 192.

- PORTARIA Nº. 2.420/GM, em 09 de novembro de 2004: Constitui Grupo Técnico – GT, visando avaliar e recomendar estratégia de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.

- PORTARIA Nº. 1.828/GM, em 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 território nacional.

Os recursos necessários são disponibilizados em consonância com a complexidade, contemplando os cinco eixos dos Sistemas de Urgência:

Eixo 1 - Adoção de estratégias promocionais para combater as causas de urgência;

Eixo 2 - Organização de redes assistenciais, regionalizadas e hierarquizadas, desde a atenção básica até as unidades hospitalares, ou de maior complexidade, e da área de reabilitação;

Eixo 3 - Instalação da central de regulação de urgência e emergência;

Eixo 4 - Qualificação e educação permanente das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, através do núcleo educação em urgência e estratégias de atenção

orientadas segundo princípios de humanização;

Eixo 5 - Estratégias de atenção orientadas segundo o princípio de humanização (BRASIL, 2003).

A política Nacional de Atenção às Urgências se constitui pautada nos cinco eixos supracitados. Na sua composição, encontramos: pré-hospitalar fixo (Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, e Pronto Atendimento), pré-hospitalar móvel (SAMU-192), rede hospitalar (hospitais tipo I, II e III), e pós-hospitalar (modalidades de atenção domiciliar, hospital-dia, e projetos de reabilitação integral).

A Portaria GM Nº. 1.864, de 29 de setembro de 2003, institui o componente pré – hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU- 92, suas Centrais de Regulação (Central SAMU-192), e seus Núcleos em Educação em Urgência, em municípios e em regiões de todo o território brasileiro, como primeira etapa da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006). A atual institucionalização do SAMU (como atendimento móvel), articulada ao investimento nas unidades fixas para atendimento pré- hospitalar, constitui uma composição importante para redução da incidência de mortalidade relacionada às urgências.

A Portaria GM Nº. 2.048, instituída em 05 de novembro de 2002, apresenta em seu regulamento técnico como deve ser composto um serviço de urgência/emergência, seja ele móvel ou fixo, neste contexto descreve toda sua estrutura, desde a parte física, equipamento e recursos humanos, traz ainda a competência de cada profissional que compõe a equipe.

Atualmente, a rede nacional SAMU-192 conta com 146 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil. Ao todo, 926 Municípios são atendidos pelo SAMU-192, num total de 100.598.024 pessoas, com serviços distribuídos em todas as regiões do país.

Segundo Albuquerque e Minayo (2007), dois modelos tem inspirado a organização do pré-hospitalar móvel: o americano e o francês, sendo que muitos outros países adotam estratégias que mesclam as características destas duas matrizes de orientação. O Brasil institucionalizou o SAMU com base no modelo francês.

Segundo Amoyna e Rezende (1995), este serviço na França surgiu a mais de trinta anos, de modo espontâneo, sob o impulso de um pequeno grupo de médicos; porém somente na década de 80 essa aventura foi legalizada pela Lei de 06 de janeiro de 1986, que institucionalizava o sistema, fazendo dos SAMU's um serviço hospitalar como um todo.

Assim, Rezende (1995) diz que a lei hospitalar francesa obriga a instalação de um SAMU nos hospitais das cidades capitais de cada departamento (unidades políticas e administrativas da França). Cada SAMU é caracterizado pelo número do Departamento. Assim, o SAMU de Paris é o número 75. Os SAMU's, na França, são serviços hospitalares que ampliam seu raio de ação para todo o departamento. Eles lhes impõem duas novas funções:

- Exportar a experiência médica hospitalar para fora dos seus muros, mobilizando assim os profissionais da saúde, graças às unidades móveis de assistência, por meio das telecomunicações, da urgência e da terapia intensiva;
- Gerenciar todos os recursos de urgência médica, técnicos, de transporte sanitário da rede hospitalar, e os profissionais da região.

Amoyna e Rezende (1995) sinalizam que, o SAMU é o centro operacional em tempo normal, mas também em caso de urgência coletiva e catástrofe, atua como observatório da rede de urgências, é dotado de um número nacional de socorros médicos (15 na França e 192 no Brasil).

O Ministério da Saúde considera como nível pré-hospitalar móvel na área de urgência, o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde, que possa levar ao sofrimento, seqüela ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou remoção adequada a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS. Pode-se chamar de atendimento pré-hospitalar móvel primário quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão, e pré-hospitalar móvel secundário quando a solicitação partir de um serviço de saúde (BRASIL, 2006).

3.2 O Processo de implantação e Implementação do SAMU – 192 na Bahia e em Feira de Santana

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) é um serviço que tem como finalidade prestar o socorro à população em casos de emergência de qualquer natureza. No Estado da Bahia, o processo de implantação desse serviço inicia-se em 2003, quando 10 municípios (Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Eunápolis, Feira de Santana, Itabuna, Juazeiro, Jequié, Salvador e Vitória da Conquista) elaboraram seus projetos, os quais foram submetidos à apreciação do Conselho Municipal de Saúde (CMS), avaliação da Coordenação Estadual de Urgência, Comissão Intergestora Bipartite (CIB), e depois avaliação da Coordenação Nacional de Urgência e pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

No primeiro momento, foram implantados oito serviços, restando apenas Salvador e Barreiras. O primeiro SAMU-192 na Bahia foi implantado no município de Juazeiro, em 15 de setembro de 2003. Atualmente na Bahia existem 15 Serviços, contemplando 40 municípios (SESAB, 2008).

Este serviço possui uma gestão tripartite (união, estado e município), com o recurso financeiro, uma parcela de 50%, repassado pela esfera federal, ficando os outros 50% sob-responsabilidade do estado e município. A divisão deste recurso (sob-responsabilidade do estado e município) é definida na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) de cada esfera estadual, variando conforme pactuação estabelecida pelas partes envolvidas; na Bahia, este recurso ficou definido, sendo 30% estadual e 20% municipal, conforme CIB de 18 de dezembro de 2003 (SESAB, 2008).

No município de Feira de Santana, O SAMU-192, foi inaugurado em 27 de setembro de 2004 e habilitado em 14 de outubro do mesmo ano, portaria GM nº 2.205. Neste momento, inicia suas atividades com uma base centralizada, sede alugada adaptada às necessidades do Serviço, onde funcionam uma central de regulação 192 e um Núcleo de Educação Permanente (NEP) (SAMU 192, FSA, 2004).

Para iniciar suas atividades, as equipes foram submetidas a um treinamento de imersão, com carga horária de 40 horas, tendo como público-alvo todos os profissionais que iriam compor o serviço independente de categoria de trabalho. Entendendo que o pré-hospitalar móvel é um serviço novo, que trabalha urgência e emergência de

qualquer natureza, em condições mais diversificadas possíveis, às vezes em lugares de difícil acesso, e situações de exposição das equipes, que demandam uma grande habilidade por parte dos profissionais, este serviço não se limitou apenas ao treinamento de imersão, mas implantou o NEP, e manteve capacitações permanentes (SAMU-192, FSA, 2004).

Inicialmente, o serviço contava com os recursos humanos a seguir:

CATEGORIA	QUANTIDADE
Coordenação geral	01
Coordenação médica	01
Coordenação de enfermagem	01
Supervisor de frota	01
Médicos	14
Enfermeiros	06
Técnico/Auxiliar de enfermagem	36
Condutores	28
TARM	25
Rádio-operador	08
Administrativos	05
Serviços Gerais	03
Total	130

Fonte: SAMU -192. Feira de Santana, 2008.

Quadro 01: número de trabalhadores do SAMU-192, por categoria, em 2004.

O SAMU de Feira de Santana trabalha com uma Unidade de Suporte Avançado (USA) e cinco Unidades de Suporte Básico (USB), compondo uma base centralizada que recebe todas as demandas de urgência e emergência através do número 192, acesso gratuito 24 horas por dia. Este acesso é garantido a partir da geração do chamado de qualquer aparelho telefônico (celular de cartão, com crédito ou sem crédito, celular de conta, esteja esta paga ou não, orelhão, telefone fixo, com conta paga ou não). Existe um processo de controle dos chamados recebidos, através do médico regulador, que disponibiliza o recurso a partir da classificação de riscos e potencialidades de necessidades do usuário. Esta regulação, de acordo com as normas instituídas, deve dar

conta de:

1) fortalecer o princípio da universalidade do acesso, haja vista ele transpor barreiras geográfica e econômica, facilitando o acesso não apenas ao SAMU – 192, mas a toda rede assistencial.

2) trabalhar com classificação de risco a partir da necessidade imediata do usuário, com o objetivo de facilitar o estabelecimento de prioridades entre os diferentes casos de urgência, podendo didaticamente classificá-los em: Nível 1 - emergência/urgência de prioridade absoluta, Nível 2 - urgência de prioridade moderada, Nível 3 - urgência de prioridade baixa, e Nível 4 - urgência de prioridade mínima.

3) responder ao princípio da equidade, com resposta imediata e referência à rede de urgência e emergência local, conforme necessidade; (SAMU – 192, FSA, 2008).

A complexidade deste serviço, enquanto objeto de investigação científica, e a necessidade de uma aproximação mais segura dessa nova realidade institucional do SUS indica que a pesquisa avaliativa, enquanto proposta metodológica de tripla natureza - medir, revelar, e estabelecer parâmetros para julgamentos futuros mais efetivos - irá contribuir para o conhecimento mais aprofundado das ações desenvolvidas por este serviço, suas relações com diversos setores, serviços e sujeitos sociais do município feirense, e respaldar futuras propostas de adequação e planejamento dos serviços de emergência pré-hospitalar móvel.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A avaliação de políticas e projetos pode recortar todos os níveis do sistema de saúde. A avaliação das características ou atributos das práticas, serviços, programas, estabelecimentos, ou do sistema de saúde, contribui para o aprofundamento no processo de definição do foco de avaliação.

A avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presente em diversos âmbitos do espaço social. As suas possibilidades de expressão, nesses diferentes campos, têm gerado uma polissemia conceitual e metodológica que torna obrigatório, tanto para o gestor quanto para o pesquisador, uma explicitação das suas ações em termos teóricos e técnicos (GRÉMY, 1983; apud VIEIRA-DA-SILVA e FORMIGLI, 1994).

No que diz respeito ao objeto colocado para a avaliação e às alternativas de apreensão do mesmo, a avaliação de programas mostra, de um lado, interfaces com a avaliação tecnológica e a avaliação de qualidade (DONABEDIAN, 1988), e, de outro, com a ciência social e política e o planejamento (RIVERA, 1996), pois objetivos programáticos realizam-se por sistemas, serviços, e procedimentos concretos. Ao mesmo tempo, fazem parte da conjuntura política, econômica e social mais ampla, conjunturas essas que não são passíveis de abordagens racionalizadoras relativamente circunscritas, como são as avaliações.

Segundo Donabedian (1978), o estudo da estrutura avalia, fundamentalmente, as características dos recursos que se empregam na atenção médica e considera os seguintes componentes: medidas que se referem à organização administrativa da atenção médica, descrição das características das instalações, da equipe médica disponível, fundamentalmente em relação à sua adequação com as normas vigentes; perfil dos profissionais empregados, seu tipo, preparação e experiência.

Para Vuori (1991), o fundamento da questão estrutural consiste em, existindo boas condições prévias, é mais provável que se obtenha um processo apropriado de assistência e um resultado mais favorável. Este fundamento constitui a avaliação estrutural em um método a priori.

Segundo Noronha (2001), os programas mais importantes para o controle de qualidade baseado no enfoque estrutural são aqueles relacionados com acreditação de serviços de saúde. “acreditação” seria o processo pelo qual uma instituição ou uma organização avalia e reconhece que instituição ou programa satisfaz certos padrões determinados.

Neste estudo foi avaliada a estrutura, processo e resultado baseados no conceito de Donabedian, por ser amplo, e devido a sua adequação aos atributos estudados.

A produção de serviços em saúde enquanto atividade social do campo econômico tem sido abordada pelos autores da área de Políticas, Planejamento & Gestão em Saúde através de conceitos originados em outros campos do conhecimento, como das ciências políticas, da sociologia, antropologia, e de práticas administrativas públicas e privadas (MENDES GONÇALVES, 1994; SCRAIBER, 1995). Dentro da mesma linha de estudos, Coelho (2002) descreveu o processo de trabalho em saúde e suas tecnologias tomando como referência o trabalho médico em uma instituição pública. A autora analisou a natureza simbólica dessas práticas linguisticamente mediadas recortando - dentro do espectro mais amplo da produção composta por estrutura (inputs), processo, resultados (outputs e outcomes) e efeitos (impact) - os elementos constitutivos das práticas assistenciais.

A ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação, uma vez que têm como característica nuclear o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positivo, significa ter qualidade, na acepção atual do termo. Ou seja, uma avaliação tecnológica ter melhor custo-efetividade quer também dizer ter mais qualidade; desse ponto de vista, ou, na avaliação de um programa, o estabelecimento do mérito, por referência a determinados parâmetros, remete ao estabelecimento de uma qualidade. No entanto, na "avaliação, gestão e garantia de qualidade", esse conceito deixa de estar implícito, passando a ter uma função teórica e prática central, ao se constituir em um ponto de partida (e não mais de chegada) para todo o processo (DONABEDIAN, 1988).

4.1 As Concepções sobre o processo de Avaliação em Serviço de Saúde Móvel

De acordo com Chen (1990), a literatura sobre avaliação, durante muito tempo, desprezou a importância da teoria no processo avaliativo, constituindo-se em modelos de avaliação do tipo “caixa preta”, onde os resultados são produzidos sem a explicitação de referenciais teóricos ou metodológicos consistentes. Deslandes (1997) reflete que,

embora a avaliação de serviços atualmente lance mão de teorias e metodologias, geralmente oriundas das ciências sociais, em sua prática institucional a dimensão teórico-operacional da avaliação é refletida de tal modo que a discussão teórico-metodológica se torna obscurecida.

O sentido fundamental em buscar essa teoria no campo da avaliação em serviços de saúde é, sobretudo, uma oportunidade de sistematizar a assistência desenvolvida no âmbito dos serviços, pautada numa teoria que venha refletir a necessidade das ações prestadas pela equipe, tendo em vista um usuário a ser atendido como um ser plural, com possibilidades de trabalhar a integralidade dessas ações.

Segundo Donabedian (1980, 1984), a avaliação da qualidade dos serviços admite sempre duas dimensões: o desempenho técnico, qual seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica a fim de maximizar os benefícios e reduzir os riscos; e o relacionamento com o paciente. Segundo este autor, a avaliação da qualidade do cuidado à saúde pode se dar em três componentes: estrutura (recursos utilizados pelos serviços), o processo (procedimentos empregados no manejo dos problemas dos pacientes), e resultado (estado de saúde do paciente ou da comunidade, resultante da interação com o serviço de saúde).

A compreensão do SAMU – 192 requer a adoção de estratégias e técnicas de avaliação capazes de dar conta das múltiplas dimensões do atendimento pré-hospitalar móvel no processo de reorganização da rede de serviços, no sentido de responder as demandas de urgência e emergência da comunidade.

Assim, Donabedian (1990) apresenta, ainda que interligados, tanto a avaliação quanto a garantia e a gestão da qualidade, que têm seus referenciais teóricos e metodológicos específicos. Seu ponto de partida é a definição do que estará sendo considerada qualidade, pois essa não se constitui em um atributo abstrato, mas deve ser construída em cada avaliação por meio dos, por ele denominados, sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, e equidade.

Para Donabedian (1988), cada uma dessas dimensões deverá ser especificada, para dados contextos, pela identificação dos critérios mais adequados para aquela situação, dando conta das suas particularidades e, ao mesmo tempo, mantendo uma

coerência entre si, pois apresentam uma interdependência e um movimento que vai do mais específico ao mais geral. Isso é, as dimensões consideradas mais técnicas condicionam as relações "interpessoais", mas ao mesmo tempo dependem delas para realizarem seu potencial. Além disso, os critérios e padrões podem estabelecer níveis mínimos ou máximos de qualidade e se orientar segundo as prioridades dos prestadores dos serviços, da visão dos usuários, ou das prioridades definidas pela sociedade. São opções que deverão ser definidas para cada avaliação.

Segundo Contandriopoulos *et all* (1990, p.43), uma definição de amplo consenso para avaliação é: “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. De acordo com estes autores, este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas, ou seja, através da avaliação normativa, ou se elaborado a partir de um procedimento científico ou pesquisa avaliativa. Portanto, um programa, seja ele qual for, pode sofrer os dois tipos de avaliação. A avaliação normativa acontece quando se busca estudar cada um dos componentes do programa em relação a normas e critérios, e a pesquisa avaliativa ocorre quando se pretende examinar, através de um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes de um programa.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Neste estudo procurou-se avaliar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, SAMU- 192, do sistema local de saúde de um município do semi-árido da Bahia, analisando o contexto em que está inserido, e os diferentes atores que compõem o processo, utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa da intervenção social em questão.

Na construção do processo de avaliação existem alguns critérios que procuram dar conta das principais variáveis que podem orientar as decisões conceituais e metodológicas. Novaes (2000) destaca entre eles o objetivo da avaliação, a posição do avaliador, o enfoque priorizado, a metodologia predominante, a forma de utilização da informação produzida, o contexto da avaliação, a temporalidade da avaliação, e o tipo de juízo formulado.

No campo da saúde, as práticas se organizam em diversos níveis de complexidade, que vão desde o cuidado individual que envolve a relação profissional/usuário, até os sistemas distritais, municipais, estaduais e nacional de saúde. Donabedian (1980), ao discutir as influências do contexto na definição da qualidade do cuidado, demarcou quatro tipos de organização dos provedores do cuidado médico, quais sejam: profissional individual, diversos profissionais, uma equipe organizada, e um plano, instituição ou sistema.

As características ou atributos das práticas de saúde e da sua organização social podem ser agrupados da seguinte maneira: a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade, e equidade), b) relacionados com o efeito das ações e práticas de saúde implementadas (eficácia, efetividade e impacto), c) relacionados com os custos das ações (eficiência), d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente (qualidade técnico-científica), e e) relacionados à percepção dos usuários sobre as práticas (satisfação dos usuários, aceitabilidade). Todos são aspectos importantes, que devem ser considerados nas avaliações de programas e projetos sociais, conforme sinaliza Vuori (1982).

No entanto, Donabedian (1990) refere-se à eficácia como o efeito potencial ou o efeito em determinadas condições experimentais. Já a efetividade e o impacto traduziriam o efeito real num sistema operacional. A eficiência corresponde às relações entre custos e resultados, ou entre resultados e insumos. Com base nestes conceitos, o autor elaborou diversos modelos de avaliação que pudessem dar conta da complexidade dos programas e serviços de saúde.

As avaliações tradicionais de políticas ou programas sociais, incluindo os de saúde, têm trabalhado com instrumentos quantitativos, seguindo um modelo de avaliação denominado normativo, derivado da teoria dos sistemas que foi inicialmente sugerido por Donabedian (1984). Este autor, pensando em como avaliar o cuidado médico para com o paciente sistematizou o processo de avaliação em estrutura, processo, e resultado deste cuidado.

O fundamento dessa abordagem consiste de que boas pré-condições têm mais possibilidade de resultar em um processo adequado de cuidados e em um resultado favorável, ou seja, se o processo correto for seguido é mais provável que o resultado seja positivo.

Para Vuori (1988), a fraqueza maior da abordagem sistêmica para avaliar o cuidado médico é que nem sempre uma boa estrutura pode levar a um bom resultado no cuidado, fato que pode ser explicado de maneira que se pode ter um consultório altamente equipado, mas a capacidade técnico-científica do clínico ser muito pequena, e o resultado deste cuidado não ser adequado. Da mesma maneira, pode-se ter uma estrutura muito ruim e um clínico com excelente capacidade técnico-científica, o que será impactante no resultado do cuidado.

Nesse sentido, de maneira que se possa chegar o mais próximo da realidade do objeto, também será utilizada a abordagem qualitativa para compor o processo de análise avaliativa. Minayo e outros (2005), ao considerarem a avaliação um processo de integração entre diferentes sujeitos, traduzem a necessidade de uma abordagem compreensiva (subjativa) no processo avaliativo. Nesta linha, a própria autora refere à emergente construção de outras formas de abordagem na avaliação, que vem quebrando o modelo quantitativo predominante e incluindo aí avaliações que contemplem também uma abordagem qualitativa do processo.

Desse modo, através de um estudo de caso, pretendeu-se confrontar o conhecimento obtido das teorias que fundamentaram este estudo, com a produção de dados empíricos oriundos dos sistemas de informação do SAMU – 192, mas também, a partir das práticas dos sujeitos do estudo, da observação, e da análise documental.

5.2 Campo Empírico da Pesquisa

Na pesquisa qualitativa, campo de estudo é entendido como “o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação” (MINAYO, 2000, p. 105).

O lócus desta pesquisa foi o SAMU – 192, localizado na cidade de Feira de Santana – Bahia, simultaneamente espaço de apreensão de uma realidade e objeto que se revelou como pertencente à rede de serviços de saúde local, articulado a uma Política de Saúde específica, que são as urgências. Porém, antes de caracterizar este Serviço, apresentaremos alguns dados sobre o município, obtidos do Relatório do Plano Municipal de Saúde (SMS, 2007; BAHIA, 2007), os quais serão destacados a seguir.

5.2.1. Considerações sobre o Município

Feira de Santana, denominada Princesa do Sertão, localizada na região centro-leste do estado, é a 2ª maior cidade da Bahia, tornando-se emancipada politicamente no dia 18 de setembro de 1833.

De acordo com os dados do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE - 2007) a cidade apresenta uma população de 544.113 habitantes, extensão territorial de 1.344 Km², com densidade demográfica 400,46 hab/ Km², e encontra-se situada no polígono das “secas”, excluído apenas a área do Distrito de Humildes. Está na direção noroeste da capital do Estado, da qual dista 109 km, 80 km do CIA e do Porto de Aratu, e 70 km do Pólo Petroquímico de Camaçari.

Situada no maior entroncamento viário do norte/nordeste, é cortada por três grandes rodovias brasileiras, BR's 101, 116, e 324, e quatro rodovias estaduais, BA's

052, 502, 503, e 504. Pela importância da sua localização geoeconômica, favorece a uma crescente concentração de fluxo de população, mercadorias e dinheiro, num entreposto que liga o Nordeste ao Centro-sul do Brasil, na fronteira de Salvador com o sertão do semi-árido da Bahia. Possui grande contingente da população flutuante, com efeitos migratórios, cujos resultados ainda não são conhecidos, porém, são observadas pela intensa movimentação diária na estação rodoviária.



Fonte: FS ONLINE, 2009.

Figura 1: Imagem do Município de Feira de Santana, 2009.

Conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR), reformulado em 2007, é sede da macrorregião Centro-leste, com 76 municípios, congregando cinco microrregiões, com população de 1.959.599 habitantes e sede da microrregião, abrangendo 26 municípios, com população de 964.440 habitantes. Encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal da Saúde, segundo a NOAS SUS 01 - 2002, com Portaria Ministerial N°. 352/GM, de 09 de março de 2004, e reafirmado após a homologação na Resolução CIB n°. 90/2007, de 17 de agosto de 2007, do Termo de Compromisso da Gestão Municipal do Pacto pela Vida em Defesa do SUS, e de Gestão pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria GM n°. 699, de 30 de março de 2006. Possui 126 municípios pactuados, conforme Programação Pactuada Integrada (PPI - 2003) de média complexidade.

Apresenta uma rede municipal composta por 156 serviços de saúde, compreendendo unidades de saúde da família, unidades básicas de saúde, Pronto Atendimento, Policlínicas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), centro de diagnóstico de imagem, unidades laboratoriais, SAMU – 192, e hospitais com níveis de

complexidade secundário e terciário, com gerência municipal, estadual e filantrópica, conforme informações contidas no quadro três, que apresenta a organização dos serviços de saúde em relação à quantidade e entidade mantenedora.

Faixa Etária	POPULAÇÃO		Total
	Masculino	Feminino	
Menores de 1 ano	5.257	5.061	10.318
1 – 4 anos	21.240	20.668	41.908
5 – 9 anos	26.238	26.270	51.976
10 – 14 anos	26.180	25.796	51.976
15 – 19 anos	26.992	27.532	54.524
20 – 29 anos	58.380	62.113	120.493
30 – 39 anos	44.065	50.302	94.367
40 - 49 anos	31.455	37.579	69.034
50 – 59 anos	19.601	24.237	43.838
60 – 69 anos	10.670	14.802	25.472
70 – 79 anos	5.324	8.266	13.590
80 anos e mais	2.396	4.073	6.469
Total	278.370	306.127	584.497

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Sistema Municipal de Saúde de Feira de Santana-Ba, 2008.

Quadro 02 - estimativa populacional segundo faixa etária e sexo do município de Feira de Santana-2008.

No quadro 02, o qual mostra a população do município por faixa etária, observa-se uma prevalência maior na faixa etária entre 15 e 59 anos, ou seja, população composta por jovem e adulto pode representar uma pirâmide de país em desenvolvimento. Porém, podemos sinalizar que segundo a epidemiologia do trauma, a faixa etária mais populosa no município é a mais exposta às urgências e emergências traumáticas. Como mostra o trabalho de Noronha (2003, p. 12), estudando a magnitude

da violência na área metropolitana de Salvador encontrou, em 2003, diz que:

Apesar da violência intencional atingir de modo desproporcionalmente maior o sexo masculino, homens e mulheres não apresentam diferenças quanto à idade em que são vítimas. As proporções de vitimização foram mais altas na faixa etária de 20 a 24 anos para ambos os sexos. Nesta faixa etária, que reunia apenas 11,1% da população, encontraram-se 25,5% das vítimas da amostra. Agregando-se os grupos etários vizinhos, vê-se que 55,8% dos pacientes tinham idades compreendidas entre 15 a 29 anos.

Tipo da unidade	Municipal	Estadual	Filantrópico	Privado	Total
Unidade de Saúde da Família	76	-	-	-	76
Unidades Básicas de Saúde	16	-	-	-	16
Policlínicas	05	-	-	-	05
Clínica Especializada	01	-	-	29	30
Hospitais	01	02	01	03	07
Centro de DST/Aids	01		-	-	01
Centro de Referência em Asma e Rinite (Pro-Ar)	01				01
Unidade de Referência em Diabetes e Hipertensão Arterial	01	-	-	-	01
Unidade de Referência na Atenção à Saúde da Mulher	01	-	-	-	01
Unidade de Referência em Dermatologia	01	-	-	-	01
Unidade Móvel Médico-odontológica	02				02
Cerest	01				01
Caps Ad	01	-	-	-	01
Caps II	02	-	-	-	02
Caps I	01				01
Caps III	01				01
Central Municipal de Diagnóstico por Imagem (CmDi)	01	-	-	-	01
Centro de Prevenção ao Câncer (Cmpe)	01				01
Centro de Especialidades Odontológicas (CeO)	01				01
Centro de Combate às Endemias	01				01
Central de Regulação de Consultas e Procedimentos de Média e Alta Complexidade	01	-	-	-	01
Unidade 24 Horas	05	-	-	-	05
Samu - 192 (Ubs)	05				05

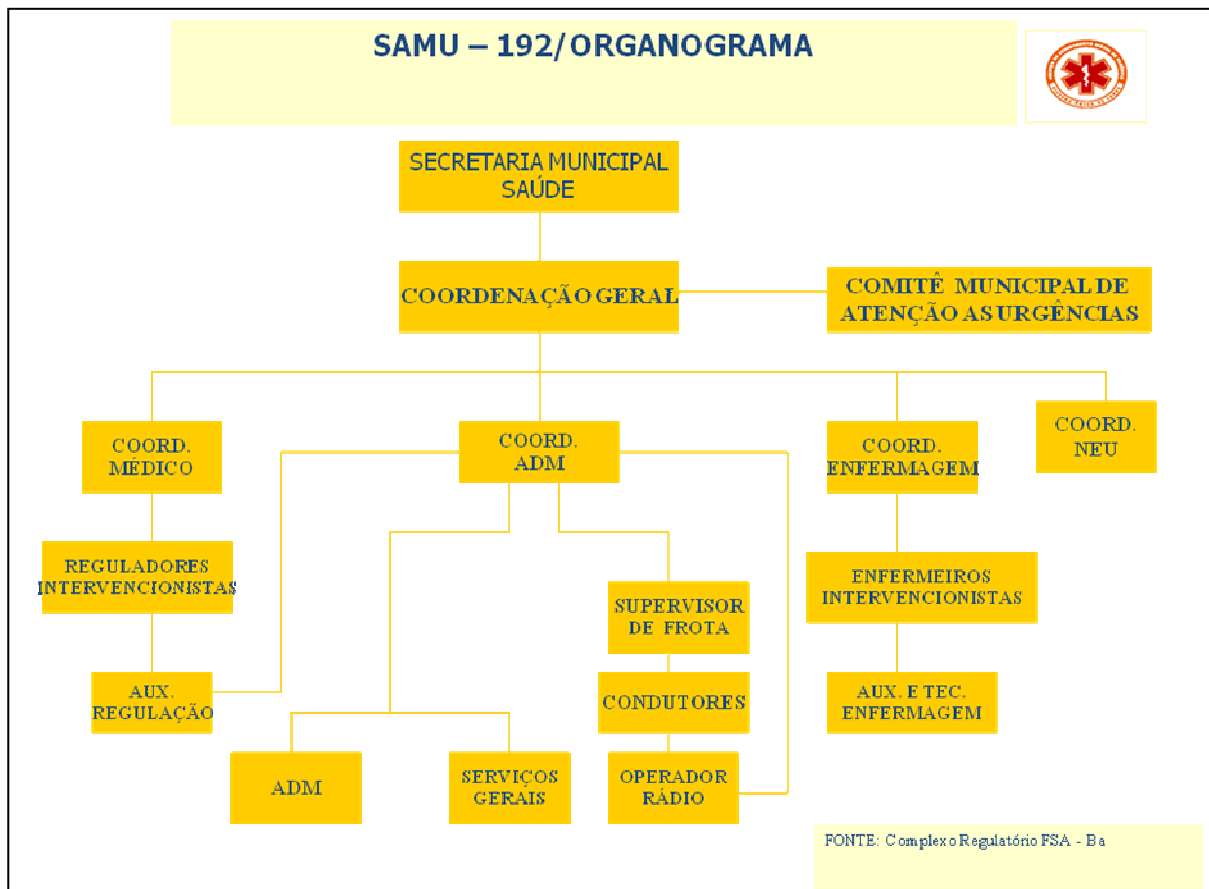
Samu - 192 (Usa)	01				01
Central de Distribuição de Materiais e Medicamentos	01				01
Laboratórios	01	01	01	12	15
Clinica de Anatomia Patológica	-	-	-	02	02
Clinica de hemodiálise	-	-	-	02	02
Total	126	03	02	48	179

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão. Sistema Municipal de Saúde- Feira de Santana-Ba, 2008.

Quadro 03: Distribuição das unidades de saúde pública e privada conveniada ao SUS de Feira de Santana, 2008.

5.2.2 O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – 192): O campo de investigação propriamente dito.

O campo de investigação propriamente dito foi à sede do SAMU – 192, o qual gerencia todo o fluxo de atendimento em base centralizada, formada por uma equipe que compõe a estrutura seguindo o modelo apresentado na portaria GM n° 2.048, que orienta a organização estrutural do pré-hospitalar móvel nacional.



Fonte: Complexo Regulatório FSA-Ba (2009)

5.2.2.1 Estrutura

Donabedian (1984) entende por estrutura as características relativamente estáveis dos provedores da atenção, os instrumentos e recursos que têm ao seu alcance, e os lugares físicos e organizacionais onde trabalham. Incluem-se aí os recursos humanos, físicos e financeiros de que necessita para proporcionar a atenção.

Assim (BRASIL, 2006), apresenta os critérios, definidos para compor a estrutura e processo dos SAMU's 192 no Brasil, pautados apenas com base populacional, e definidos como segue:

- Cada Serviço terá uma Central de Regulação de Urgência – 192, onde receberá os chamados. Tendo calculado um custo financeiro mensal de R\$ 38.000,00;
- As ambulâncias serão adquiridas na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, tendo calculado um custo

financeiro mensal de R\$ 25.000,00;

- As Ambulâncias serão adquiridas na proporção de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 habitantes. Tendo calculado um custo financeiro mensal de R\$ 55.000,00.

Observa-se uma definição de critério baseada apenas no número de habitantes, entretanto, entende-se que apenas este critério não dá conta de responder as necessidades de saúde referente às urgências e emergências das diversas regiões e municípios brasileiros, por serem muito heterogêneos, com necessidades peculiares, demandando uma estrutura de um serviço que deve ser montada com base no perfil epidemiológico, área de abrangência, e população a ser atendida, para que possa operacionalizar o processo com qualidade e atingir o resultado proposto.

Ainda na estrutura, há uma definição dos veículos de atendimento pré-hospitalar móvel, no regulamento técnico da Portaria GM Nº. 2.048, como segue:

1) Ambulância: define-se como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. Existem ambulâncias TIPO: A, B, C, D, E e F. Definiremos aqui os TIPOS: D, E e F, os quais são utilizados na rede SAMU-192 nacional, e estão apresentadas no quadro 04.

Ambulâncias	Definição
TIPO D	Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e remoção de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar, que necessitam de cuidados médicos e de enfermagem intensivos. Deve contar com equipamentos necessários para esta função.
TIPO E	Aeronave de Transporte Médico: aeronave de asa fixa ou rotativa, utilizada para transporte inter-hospitalar de pacientes, e aeronave de asa rotativa para ações de resgate, dotada de equipamentos homologados pelo Departamento de Aviação Civil – DAC.
TIPO F	Embarcação de Transporte Médico: veículo motorizado aquaviário, destinado ao transporte por via marítima ou fluvial. Deve possuir os equipamentos necessários ao atendimento do paciente conforme sua gravidade

Fonte: Brasil, 2006.

Quadro 04: Tipos de Ambulâncias utilizadas na rede SAMU – 192

Além das ambulâncias, ainda são utilizados:

2) Veículos de Intervenção Rápida (VIR), também chamados de veículos leves, veículos rápidos, ou veículos de ligação médica. São utilizados para transporte de médicos, com equipamentos que possibilitam oferecer suporte avançado de vida as ambulâncias do tipo: A, B, C e F.

3) Outros Veículos: veículos habituais adaptados para transporte de pacientes de baixo risco, sentados que não se caracterize como veículos tipo lotação. Este transporte só pode ser realizado com anuência médica. (BRASIL, 2006).

Dentro da estrutura do serviço, referente à equipe profissional, a Portaria GM Nº. 2.048 define como segue:

1) Equipe de profissionais oriundos da área da saúde, deve ser composta por:

- * Coordenador do Serviço: profissional oriundo da área da saúde, com experiência e conhecimento comprovados na atividade de atendimento pré-hospitalar às urgências e de gerenciamento de serviços e sistemas;

- * Responsável Técnico: médico responsável pelas atividades médicas do serviço;

- * Responsável de Enfermagem: enfermeiro responsável pelas atividades de enfermagem;

- * Médicos Reguladores: médicos que, com base nas informações colhidas dos usuários, são os responsáveis pelo gerenciamento, definição e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder a tais solicitações;

- * Médicos Intervencionistas: médicos responsáveis pelo atendimento necessário para reanimação e estabilização da vítima, no local do evento e durante o transporte;

- * Enfermeiros Assistenciais: enfermeiros responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para reanimação e estabilização da vítima, no local do evento e durante o transporte;

- * Auxiliares e Técnicos de Enfermagem: atuação sob supervisão imediata do profissional enfermeiro.

2) Equipe de profissionais não oriundos da saúde, deve ser composta por:

* Telefonista Auxiliar de Regulação: profissional de nível básico, habilitado a prestar atendimento telefônico às solicitações de auxílio provenientes da população, devendo anotar dados básicos sobre o chamado (localização, identificação do solicitante, natureza da ocorrência), e prestar informações gerais;

* Rádio-Operador: profissional de nível básico, habilitado a operar sistemas de radiocomunicação e realizar o controle operacional de uma frota de veículos de emergência;

* Condutor de Veículos Urgência Terrestre: profissional de nível básico, habilitado a conduzir veículos de urgência padronizados pelo código sanitário e pelo presente regulamento como veículos terrestre.

3) Composição das equipes nas unidades móveis:

* Unidade de Suporte Básico (USB): Técnico ou auxiliar de enfermagem e condutor;

* Unidade de Suporte Avançado (USA): Médico, enfermeiro e condutor;

5.3 Aspectos Éticos

A questão da ética na pesquisa tomou, na contemporaneidade, uma importância crescente, em face da nova extensão do poder propiciado pelo *know-how* da “biotecnociência”, em particular da engenharia genética, que permite manipular informações e “reprogramar” os seres vivos e as espécies, onde as pesquisas com seres humanos ocupam um lugar especial (BRASIL, 1996 b).

De acordo a Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006I), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras das pesquisas envolvendo seres humanos, com o objetivo de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa, e ao Estado.

Esse Projeto de Pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, que também julgou a pertinência do Projeto, seus riscos e benefícios para os sujeitos envolvidos, e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), construído com linguagem acessível a todos os grupos de sujeitos da pesquisa, sendo aprovado em reunião plenária, realizada em 21 de agosto de 2008, conforme ofício CEP-UEFS nº240/2008 (ANEXO A), e parecer consubstanciado conforme protocolo nº. 111/2008 e registro do recebimento das recomendações sugeridas pelo CEP, com aprovação conforme ofício CEP-UEFS nº. 250/2008 (ANEXO B).

No dia 11 de setembro de 2008, com a pesquisa já aprovada pelo Comitê de Ética, foi contatada a Gestora de Saúde do Município de Feira de Santana. Naquele momento foi feita uma nova explanação do objeto de estudo, haja vista a gestora já ter conhecimento desse projeto, devido à pesquisadora ser funcionária pública lotada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e coordenar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU-192, foi entregue o ofício encaminhado pela coordenação do Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUSC), da Universidade Estadual de Feira de Santana, solicitando autorização para desenvolver a pesquisa nesse Serviço (ANEXO C).

Diante do exposto, a secretária municipal de saúde não fez objeção à realização do estudo.

5.4 Fase exploratória

Para Minayo (2000) a fase exploratória termina formalmente com a entrada em campo do pesquisador, sendo que o trabalho de campo constitui uma etapa essencial para a pesquisa qualitativa. O trabalho de campo permite ao investigador confrontar-se com seu objeto diretamente e como dizia Lévi-Strauss “Sociologia de carne e osso, que mostra os homens engajados no seu próprio dever histórico, e instalados em seu espaço geográfico concreto” (LÉVI-STRAUSS apud MINAYO, 2000, p.106).

A aproximação ao campo de investigação e do material empírico com o olhar de pesquisadora, que até então não era inerente a essa coordenação, permitiu a melhor

configuração da estratégia de investigação da pesquisa, conforme os objetivos inicialmente delineados.

Inicialmente, realizou-se uma reunião com os profissionais para apresentação do projeto, os quais foram receptivos e colaborativos para a realização do estudo, ficando esclarecido nesse momento o cunho científico do processo e o olhar da coordenação a partir de então como pesquisadora. Para contribuir com a coleta de dados, contamos com a participação de quatro estudantes de enfermagem que já tinham contato prévio com o Serviço e conheciam os eixos da Política Nacional de Atenção às Urgências, deixando claro para os profissionais que a técnica de observação sistematizada seria realizada por essas colaboradoras, para evitar constrangimentos. Na ocasião, já foram disponibilizados documentos técnicos importantes para a análise documental.

5.4.1. Abordagem quantitativa

5.4.1.1. Técnica de coleta de dados

Para a abordagem quantitativa, utilizou-se o formulário e os dados do sistema de informação (Sistema de Regulação SAMU-192).

1) Formulário – com questões objetivas direcionadas à estrutura física da base do serviço (APÊNDICE A), a estrutura, e ao processo da sala de regulação (APÊNDICE B), como também a estrutura, e ao processo das unidades móveis (APÊNDICE C). Para Hulley e outros (2003), as questões fechadas de um formulário trazem como vantagem a facilidade de se responder, tabular e analisar suas respostas. Além disso, a lista de possíveis respostas geralmente melhora o entendimento das questões. Por outro lado, elas podem conduzir os respondentes a certas direções, não permitindo que ele expresse sua própria e, talvez, singular opinião.

2) Sistema de informação – Sistema de Regulação SAMU-192 – Com dados primários referentes a todas as ligações geradas ao tronco SAMU-192, cujos dados trazem

informações quantitativas como, número de vítimas, casuística da ocorrência, sexo, óbito, entre outros, onde são gerados relatórios (ANEXO D).

5.4.1.2. Coleta de dados

A aplicação dos formulários foi iniciada após a reunião com a equipe. Os primeiros dados empíricos foram obtidos na base do serviço (APÊNDICE A), por ser o espaço que compõe a estrutura geral do serviço e compreender a dinâmica referente às decisões gerenciais. Em seguida foram coletados os dados da sala de regulação (APÊNDICE B) por ser espaço, que contempla a tomada de decisão referente à classificação de risco das urgências, fluxo das unidades móveis e assistência prestada à população. Depois foram obtidos os dados das unidades móveis (APÊNDICE C), as quais são compostas por equipes assistenciais, que desenvolvem suas ações num cenário específico onde ocorrem as urgências. Esses dados coletados tiveram como eixo norteador a matriz indicador do componente estrutura (QUADRO 5).

Em seguida, foram obtidos os dados primários referentes ao sistema de informação, tendo como eixo norteador a matriz indicador sobre a central de regulação (QUADRO 7). Depois foram obtidos os dados empíricos, tendo como eixo a matriz indicador sobre a educação permanente dos profissionais do SAMU 192 (QUADRO 9) e o atendimento pré-hospitalar móvel no local do cenário (QUADRO 11). Esses dados apontam a adequação da regulação, qualificação das equipes e quantidade dos atendimentos de urgência.

5.4.1.3 Ordenação dos resultados

Após a obtenção dos dados empíricos oriundos da aplicação dos formulários (APÊNDICE A, B e C) procedeu-se a uma análise descritiva sobre a estrutura existente (equipe, instalação física, equipamentos e materiais).

Em seguida com a obtenção de dados primários oriundos do sistema de regulação SAMU-192, foi construído um banco de dados no software SPSS, versão 11.5

for Windows. Depois, procedeu-se a uma análise descritiva das frequências das respostas dadas a partir do sistema de informação.

Dessa maneira, para facilitar o entendimento e interpretação dos resultados obtidos na análise estatística, organizaram-se os resultados nas tabelas 1 a 10, e nos quadros 16 a 19, que serão avaliados no capítulo de discussão e análise dos resultados.

5.4.1.4 Análise dos Dados Obtidos

Na análise ou tratamento quantitativo dos dados buscou-se mapear os indicadores de desempenho (tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência, tempo médio decorrido no local da ocorrência, tempo médio de resposta até a unidade de referência, tempo médio de resposta total entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do usuário no serviço de referência), além dos indicadores de adequação da regulação (% de saída de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico), e também foram analisados dados referentes à mortalidade e morbidade por causa, origem do chamado, variáveis como sexo, idade, dias e horários de maior pico de atendimento.

Os materiais obtidos através da abordagem quantitativa para mapear os indicadores supracitados foram analisados a partir de um modelo teórico de análise construído com base na Política Nacional de Atenção às Urgências, resultando num modelo teórico (QUADROS 7, 9, e 11).

Ainda na análise ou tratamento quantitativo dos dados, buscou-se descrever a estrutura do Serviço, tendo como parâmetro a Portaria GM nº 2.048. Os materiais obtidos foram analisados através de um modelo teórico de análise (QUADRO 5) construído com base na avaliação normativa sugerida por Donabedian (1984).

Componente	Critério	Indicador
Estrutura	Unidades Móveis	Número de unidade de suporte básico
		Número de unidades de suporte avançado
	Recursos Materiais	Disponibilidade de meios para controle

		Materiais, equipamentos e medicamentos conforme Portaria GM nº. 2.048.
		Protocolos técnicos (médico/enfermagem)
		Protocolos operacionais
		Grade de Referência nas Urgências
	Recursos Humanos	Equipe de suporte básico
		Equipe de suporte avançado
		Equipe da sala de regulação
		Equipe de coordenação

Fonte: Criado pela autora

Quadro 5: Modelo teórico da avaliação da estrutura

A partir deste modelo teórico de análise foram construídas as questões dos instrumentos quantitativos: formulário (APÊNDICE A, B, C), e cada indicador foi analisado segundo os padrões estabelecidos no quadro 6:

	Indicadores de Avaliação	Padrão
E S T R U T U R A	Número de unidade de suporte básico (USB)	1 USB a cada 100.000 a 150.000 habitantes
	Número de unidades de suporte avançado (USA)	1 USA a cada 450.000 habitantes
	Disponibilidade de meios para controle	SIM
	Materiais, equipamentos e medicamentos, conforme Portaria GM nº. 2.048.	SIM
	Protocolos técnicos (médico/enfermagem)	SIM
	Protocolos operacionais	SIM
	Grade de Referência nas Urgências	SIM
	Equipe de suporte básico	1 técnico de enfermagem 1 condutor
	Equipe de suporte avançado	1 médico intervencionista 1 enfermeiro intervencionista 1 condutor
	Equipe da central de regulação de urgência	2 MR/dia - 1MR/ noite 1operador de frota 24 horas 3 TARM/dia - 1 TARM/noite
Equipe de coordenação	1 coordenação geral 1 coordenação médica 1 coordenação enfermagem	

Fonte: Adaptado da Portaria GM: nº.2.657/2004.

Quadro 6: Indicadores de avaliação em relação aos padrões utilizados para o componente estrutura

Para Donabedian (1984), indicadores são expressões objetivas de critérios utilizados para apreciação da qualidade, podendo ser aplicável a qualquer abordagem

avaliativa. Os critérios são definidos pelo autor como atributos que correspondem a um nível de qualidade desejado ou esperado. Para ele, os critérios e padrões podem ser obtidos através de derivação normativa, ou seja, critérios retirados da literatura científica ou obtidos através de consenso entre especialistas sobre o assunto a ser avaliado, relacionados com “o que deveria ser”, através de derivação empírica, onde são obtidos dados da prática real e estão relacionados com “o que existe”.

É importante salientar que os indicadores selecionados devem apresentar algumas características fundamentais: clareza, utilidade, mensurabilidade, confiabilidade e validade (MSH, 1997).

Nesse estudo, alguns indicadores foram selecionados e adaptados da Portaria GM nº. 1.864, de 29 de setembro de 2003. Esta Portaria instituiu o componente SAMU-192, e traçou indicadores para acompanhar e avaliar as ações desse Serviço.

No quadro 5 tem-se a avaliação do componente estrutura. Neste componente, alguns indicadores foram escolhidos com base na sua relevância para a estrutura do SAMU-192.

O indicador “número de unidades móveis (USB e USA)” foi adaptado da Portaria GM nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Foi escolhido pelo fato do SAMU-192 ser um serviço móvel e ter como missão o socorro imediato de vítimas e encaminhamento ao atendimento pré-hospitalar fixo ou para atendimento hospitalar (BRASIL, 2004 c). Essas unidades móveis devem existir num quantitativo mínimo em que a equipe possa chegar ao local de cena com segurança, no menor tempo possível. Dessa forma, pode garantir o acesso ao atendimento.

Tal afirmativa pode ser fundamentada segundo Committee on Trauma OF American College of Surgeons (1996), onde sinaliza que um dos fatores críticos que interferem no prognóstico das vítimas do trauma é o tempo gasto para que o tratamento inicial e definitivo possa ser efetivado. Esse tempo pode ser ampliado caso o número de unidades móveis não façam a cobertura real da área de abrangência.

O indicador disponibilidade de meios para controle foi criado pela sua importância no contexto da estrutura, pois sua operacionalização revela o quantitativo de materiais e equipamentos existentes nas unidades móveis, o que contribui para a realização das ações com segurança.

Os indicadores: “medicamentos”, “equipamentos e materiais”, “protocolos técnicos” (médicos e de enfermagem), “protocolos operacionais”, e “grade de referências nas urgências” foram retirados da Portaria GM nº. 2.048, de 05 de novembro de 2002.

O primeiro indicador foi selecionado pela sua importância para que no momento do atendimento esses medicamentos, equipamentos e insumos estejam dispostos em quantidade suficiente e organizados dentro de uma sistematização em condições adequadas de uso, para que o processo de trabalho seja operacionalizado com segurança.

A relevância do segundo e terceiro indicadores relacionam-se ao fato de que a padronização de condutas no pré-hospitalar móvel contribui para identificar necessidades em menor tempo possível e estabelecer prioridades, diminuindo conseqüentemente as sequelas das urgências e o obituário.

O indicador “grade de referência” fortalece uma etapa da regulação de urgência, no sentido de ter nesse momento um instrumento que norteie o encaminhamento dos usuários durante a urgência e fortaleça a integralidade dos serviços.

Os indicadores “equipe de suporte básico”, “equipe de suporte avançado”, “equipe da central de regulação de urgência”, e “equipe de coordenação” foram utilizados na perspectiva de observar a distribuição de recursos humanos na possibilidade de detectar pontos de estrangulamentos ou se o quantitativo equivale aos parâmetros da Portaria GM nº. 2.048.

Dentro da abordagem quantitativa avaliou-se a dimensão da central de regulação de urgência a partir do modelo teórico apresentado no quadro 7.

Dimensão	Recursos Necessários (Estrutura)	Atividade (Processo)	Produtos Esperados
▶ Central de regulação da urgência	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recursos físicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala de regulação dentro dos parâmetros da portaria GM nº. 2.657/2004 ▶ Recursos materiais: Conforme Portaria GM nº. 2.048/2002. 	▶ Registro da demanda do usuário pelo TARM.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Identificação do local chamado (domicílio, via pública, PSF, UBS, P.A, hospital). ▶ Identificação da queixa principal do usuário

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médicos reguladores; ▪ Telefonista Auxiliar de regulação Médica(TARM); ▪ Operador de frota; ▪ Supervisor de sistema. ▶ .Protocolos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico; ▪ Enfermagem; ▪ Operacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Realização da classificação de risco da demanda do usuário pelo médico regulador. ▶ Decisão do médico regulador a partir da classificação de risco. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Seleção dos casos para atendimento pré-hospitalar móvel. ▶ Decisão sobre o tipo do primeiro atendimento.
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Controle do fluxo das unidades móveis pelo operador de frota. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Saída das equipes de USB e USA da base em menor tempo possível. ▶ Chegada ao local da cena com o menor tempo de resposta. ▶ Otimização do uso das unidades móveis de atendimento pré-hospitalar.
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Direcionamento e acompanhamento das atividades assistenciais das equipes móveis pelo médico regulador. ▶ Encaminhamento do usuário atendido à unidade de referência. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Atendimento adequado pela equipe conforme protocolos técnicos médico e de enfermagem. ▶ Decisão sobre a remoção adequada do usuário selecionado para a unidade de referência
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Produção de informações sobre os chamados e procedimentos efetuados pela central de urgência 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Identificação dos horários com maior pico de chamados. ▶ Identificação dos dias com maior pico de chamados. ▶ Identificação da casuística do atendimento. ▶ Identificação do sexo ▶ Identificação do número de óbitos. ▶ Identificação do número de trotes.

Fonte: Adaptado da Portaria GM: nº.1.864

Quadro 7: Modelo Teórico de Avaliação da Central de Regulação de Urgência

A partir desse modelo teórico de análise foram coletados os dados do sistema de informação e cada indicador foi construído conforme estabelecido no quadro 8 e comparado os anos de 2007 e 2008.

Dimensão	Atividade (Processo)	Crítérios	Produtos Esperados	Indicadores
▶ Central de regulação da urgência	1.Registro da demanda do usuário pelo TARM.	1.1Registro das informações fornecidas pelo usuário no	1.Seleção da origem do chamado.	% dos chamados primários (gerados dos usuários).

		<p>prontuário eletrônico.</p> <p>1.1.1-100% de prontuários eletrônicos com o registro completo das informações preenchidas por TARM.</p> <p>1.1.2- 2min, Tempo médio de preenchimento do prontuário por TARM.</p>		<p>% dos chamados secundários (%PSF, %UBS, %P.A, % hospital)</p>
	2. Realização da classificação de risco da demanda do usuário pelo médico regulador	<p>2.1 Registro da classificação de risco no prontuário eletrônico do usuário.</p> <p>2.1.1- 100 % de prontuários eletrônicos com o registro completo das informações sobre a classificação de risco</p>	2.Seleção dos casos para atendimento pré-hospitalar móvel	% das ligações que são casos do SAMU-192.
	3. Decisão do médico regulador a partir da classificação de risco: orientação; envio de USB; envio de USA.	<p>3.1 Registro da decisão tomada de acordo com os protocolos técnicos.</p> <p>3.1.1-100 % prontuários eletrônicos com o registro completo das informações sobre a decisão do médico regulador</p> <p>3.1.2-100 % prontuários eletrônicos com o registro completo das informações com a decisão do médico regulador tomada segundo os protocolos técnicos</p>	<p>3.1.Seleção dos casos para orientação</p> <p>3.2.Seleção dos casos para saída de USB</p> <p>3.3.Seleção de casos para saída de USA</p> <p>3.4.Decisão sobre o tipo do primeiro atendimento no local da cena (estabilização, etc.)</p>	<p>% de chamados que geraram orientação</p> <p>% de chamados que geraram saída de USB.</p> <p>% de chamados que geraram saída de USA.</p> <p>% de saída de USA após avaliação da equipe da USB.</p> <p>% dos prontuários eletrônicos que constam a classificação de risco.</p>
	4.Controle do fluxo das unidades móveis pelo operador de frota	4.1.1- 100% de registro completo sobre os tempos de deslocamento de cada unidade móvel.	<p>4.1 Tempo resposta de saída da base de USB e USA</p> <p>4.2 Tempo resposta de chegada ao local da cena de USB e USA</p> <p>4.3 Tempo resposta de saída do local da cena de USB e de USA</p> <p>4.4 Tempo resposta de chegada a unidade de referência de USB e de USA.</p>	Tempo resposta parcial e total das unidades móveis: USB e USA.
	5.Encaminhamento do usuário atendido à unidade de referência	5.2- 100% de registro completo sobre o encaminhamento a unidade de referência.	5.1Decisão sobre o encaminhamento a unidade de referência adequada.	<p>% de usuários encaminhados ao P.A.</p> <p>% de usuário encaminhado ao hospital.</p>

			5.2 Usuário encaminhado a unidade de referência adequada.	
	6. Produção de informações sobre os chamados e procedimentos efetuados pela Central de urgência.	6.1-95% Registro das informações sobre chamados e procedimentos realizados pela central de urgência. 6.2-95% de registro completo sobre chamados e procedimentos realizados pela central de urgência	6.1 Identificação das urgências de qualquer natureza 6.2 Identificação de atendimento por sexo 6.3 Identificação de atendimento por faixa etária 6.2 Identificação dos trotes. 6.3 Identificação dos óbitos 6.4 Identificação dos horários com maior pico de atendimentos. 6.5 Identificação dos dias com maior pico de atendimentos	% de urgências por casuística (traumática, clínica, pediátrica, obstétrica e psiquiátrica) % de atendimento do sexo masculino % de atendimento do sexo feminino % de atendimento por faixa etária % de trotes. % de óbitos. % de chamados por horário de atendimento Dias da semana com maior número de atendimento

Fonte: Criado pela autora

Quadro 8: Indicadores de Avaliação da central de regulação de urgência utilizados para os componentes: processo e resultado.

Os indicadores utilizados no quadro 7 foram criados a partir dos dados primários do sistema de regulação SAMU-192, devido sua mensurabilidade (dados disponíveis), relevância (responder a prioridade de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento do tempo e recursos).

Os indicadores, “% dos chamados primários”, “% dos chamados secundários”, “% das ligações que são caso SAMU-192” são importantes, pois a partir deles é possível identificar a frequência dos chamados que são gerados direto da população, e a frequência dos chamados gerados das unidades de saúde, e desse total de chamados quantos de fato são casos do SAMU-192.

Considerar como atendimento primário aquele prestado a pedido de ajuda advindo diretamente da população, onde não houve nenhuma intervenção da equipe de saúde sobre o cidadão acometido pela urgência. O médico regulador deverá proceder

com interrogatório específico e estabelecer diagnóstico sindrômico no menor intervalo de tempo possível. Tentar fazer o solicitante relatar calma e sucintamente o ocorrido para presumir a gravidade do caso. A detecção do nível de urgência e o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico são feitos a partir do interrogatório via telefone (BRASIL, 2006).

Considerar como atendimento secundário aquele prestado a solicitações de ajuda, apoio, retaguarda ou transferência oriunda de profissionais de saúde, equipes ou unidades de saúde de menor complexidade (BRASIL, 2006).

Os indicadores, “% dos chamados que geraram a orientação”, “% dos chamados que geraram saída de USB”, “% dos chamados que geraram saída de USA”, “% dos chamados que geraram saída de USA após avaliação da equipe de USB”, e “% dos prontuários eletrônicos que constam a classificação de risco”, a relevância desses indicadores relaciona-se diretamente à resposta que o médico regulador dá a necessidade da população a partir de uma classificação de riscos, definidos segundo Brasil 2006 o termo “urgência”, para todos os casos que necessitem de cuidados agudos, tratando de definir o “grau da urgência”, a fim de classificá-las em níveis, tomando como marco ético da avaliação o “imperativo da necessidade humana”.

Os indicadores, “tempo parcial e total das unidades móveis: USB e USA”, “% dos usuários encaminhados ao P.A.”, “% dos usuários encaminhados ao hospital”, a importância desses indicadores refere-se ao imperativo do tempo quando uma pessoa encontra-se diante de uma urgência que gera risco imediato a vida. A necessidade de um atendimento qualificado imediato e a referência adequada para continuidade do cuidado mostra a necessidade de conhecimento desses indicadores.

Os indicadores, “% de urgências por casuística”, “% dos atendimentos por sexo”, “% de atendimento por faixa”, “% de trotes”, “% de óbitos”, “% de chamados por horário de atendimento”, e “dias da semana com maior número de atendimento”, foram utilizados devido sua relevância para caracterização dos atendimentos desse Serviço no que se refere a essas variáveis, as quais contribuem na construção do perfil epidemiológico dos usuários atendidos pelo SAMU-192 local.

Dentro da abordagem quantitativa avaliou-se o componente educação permanente para os profissionais do SAMU-192, onde os dados foram coletados a partir

do prontuário funcional (ANEXO) de cada profissional. Esses dados tiveram como base para construção o modelo lógico do quadro 9.

Dimensão	Recursos Necessários (Estrutura)	Atividade (Processo)	Produtos Esperados
▶ Educação permanente para os profissionais do SAMU-192	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recursos físicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auditório. ▶ Recursos materiais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manequim de suporte avançado de vida (adulto e infantil) ▪ Colete de Imobilização tipo KED <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prancha rígida ▪ Colar cervical ▪ Data Show ▪ Sistema de som ▶ Instrumento de discussão de casos e supervisão <ul style="list-style-type: none"> ▪ Filmadora ▪ Câmera digital ▶ Prontuário funcional ▶ Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrutores; ▶ Profissionais do SAMU-192. <ul style="list-style-type: none"> ▶ .Protocolos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico; ▪ Enfermagem; ▪ Operacionais 	▶ Capacitação de imersão para implantação do serviço (SAMU-192)	▶ Profissionais do SAMU-192 capacitados no módulo de Imersão
		▶ Capacitação do módulo intermediário	▶ Profissionais do SAMU-192 capacitados Módulo intermediário
		▶ Capacitação para multiplicadores	▶ Profissionais do SAMU-192 capacitados Módulo Multiplicadores
		▶ Capacitação permanente das equipes (conforme portaria GM nº 2.048)	▶ Profissionais da equipe atualizados em temas da Portaria 2048 e outros temas de interesse;
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Discussão de casos clínicos ▶ Realização de simulados 	▶ Profissionais habilitados nas técnicas de suporte básico de vida, suporte avançado de vida, atendimento ao politraumatizado;
		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Supervisão das equipes na cena ▶ Avaliação escrita periódica 	▶ Monitoramento e avaliação da qualidade técnica da equipe do SAMU-192.

Fonte: Criado pela própria autora

Quadro 9: Modelo lógico de avaliação do componente Educação permanente para os profissionais do SAMU- 192

A partir desse modelo teórico de análise foram coletados os dados dos prontuários funcionais dos profissionais, e cada indicador foi construído conforme estabelecido no quadro 10 e comparados os anos de 2007 e 2008.

Componente	Atividade (Processo)	Crítérios	Produtos Esperados	Indicadores
▶ Educação permanente para os profissionais do SAMU-192	.Capacitação dos profissionais do SAMU-192	1 Registro em prontuário funcional dos profissionais que receberam capacitação 7.2-100% de prontuários funcional com registro completo sobre capacitação de imersão.	1 Identificação dos profissionais que receberam capacitação. 7.2 Identificação do número de profissionais que receberam capacitação de imersão	% dos profissionais capacitados em imersão.
		100% de prontuários funcional com registro dos profissionais que fizeram o módulo intermediário	Identificação do número profissionais que receberam capacitação do módulo intermediário.	% dos profissionais capacitados no módulo intermediário

		25% de prontuários funcional com registro dos profissionais médico e enfermeiro que fizeram capacitação para multiplicadores	Identificação do número de profissionais que receberam capacitação do módulo multiplicador	% dos profissionais capacitados para multiplicadores.
		80% de prontuários funcional com registro dos profissionais que realizaram capacitação permanente	Identificação do número de profissionais que receberam capacitação permanente	% dos profissionais com capacitação permanente.
		50% de prontuários funcional com registro dos profissionais que realizaram discussão de caso clínico	Identificação do número de profissionais que realizaram discussão de caso clínico	% dos profissionais que participaram de discussão de casos clínicos
		40% de prontuários funcional com registro de profissionais que participaram de simulados	Identificação do número de profissionais que participaram de simulados	% dos profissionais que participaram de simulados.

Fonte: Criado pela autora

Quadro 10: Indicadores de Avaliação utilizados para o componente educação permanente para os profissionais do SAMU-192.

Para Delandes (2007), os indicadores são medidas-síntese, que contém informação relevante sobre determinados atributos e dimensões. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença até o cálculo de índices mais sofisticados.

Os indicadores do quadro 9 foram criados pela sua importância dentro da Política Nacional de Atenção às Urgências, a qual no seu quarto eixo fala sobre a educação permanente para os profissionais da saúde. Os dados foram coletados no prontuário funcional (ANEXO) dos profissionais do SAMU-192. Este prontuário é um instrumento individual que traz informações desde a admissão do profissional, seu processo diário de atuação, e dados como: identificação, horas trabalhadas, atestados, faltas, medidas disciplinares, vacinações, participação das capacitações, treinamentos, simulados enfim, contempla a vida profissional dentro da instituição, no que se refere ao seu desempenho.

O indicador, “% dos profissionais que receberam capacitação de imersão” foi escolhido devido sua importância no contexto do pré-hospitalar móvel devido à especificidade do Serviço, não sendo possível iniciar as ações por parte dos profissionais sem fazer uma capacitação específica na área.

Os indicadores, “% dos profissionais que receberam capacitação módulo intermediário”, “% dos profissionais que receberam capacitação para multiplicadores”, “% dos profissionais que receberam capacitação permanente”, “% dos profissionais que participaram da discussão de casos clínicos”, “% dos profissionais que participaram de simulados”, foram construídos devido sua importância para aperfeiçoamento dos profissionais e qualificação permanente da assistência prestada a população.

Dentro da abordagem quantitativa avaliou-se o componente atendimento pré-hospitalar móvel no local da cena com remoção para unidade de referência, onde os dados foram coletados a partir do sistema de regulação SAMU, e das fichas de atendimento no local da cena (ANEXO) utilizados no momento do atendimento, tendo como base o modelo lógico do quadro 11.

Componente	Recursos Necessários (Estrutura)	Atividade (Processo)	Produtos Esperados
▶ Atendimento pré-hospitalar móvel no local da cena com remoção para unidade de referência	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Recursos físicos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Unidade de suporte avançado (USA); ▪ Unidade de suporte básico (USB). ▶ Recursos materiais: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipamentos e materiais (conforme portaria GM nº 2.048) ▪ Medicamentos (conforme portaria nº 2.048) ▪ Macacão. ▶ Recursos humanos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conductor (capacitado) ▪ Enfermeiro (Capacitado) ▪ Técnico ou auxiliar de enfermagem (capacitado) ▪ Médico (capacitado) 	▶ Abordagem primária pela equipe no cenário.	▶ Identificar necessidades do usuário
		▶ Abordagem secundária pela equipe no cenário.	▶ Identificar necessidades do usuário
		▶ Assistência pela equipe a partir da necessidade do usuário	▶ Usuário atendido segundo sua necessidade em conformidade com os protocolos técnicos
		▶ Remoção do usuário para unidade de referência	▶ Usuário removido para a unidade de referência adequada ao seu caso.

Fonte: Criado pela própria autora

Quadro 11: Modelo lógico de avaliação do componente atendimento pré-hospitalar móvel no local da cena com remoção para unidade de referência.

A partir desse modelo teórico de análise foram coletados os dados do sistema de informação SAMU e ficha de atendimento no local da cena (ANEXO), e cada indicador foi construído conforme estabelecido no quadro 12 e comparado entre os anos 2007 e 2008.

Componente	Atividade (Processo)	Crítérios	Produtos Esperados	Indicadores
► Atendimento pré-hospitalar móvel no local da cena com remoção para unidade de referência	Abordagem e assistência a vítima no local da cena com remoção para unidade de referência.	100% dos prontuários com registro da abordagem primária no local da cena.	Identificação da abordagem primária realizada no local da cena.	% dos usuários que receberam abordagem primária no local da cena.
		70% dos prontuário com registro da abordagem secundária no local da cena.	Identificação da abordagem secundária no local da cena.	% dos usuários que receberam abordagem secundária no local da cena.
		100% dos prontuários com registro da assistência prestada ao usuário no local da cena	Identificação da assistência prestada no local da cena.	% dos usuários que receberam assistência no local da cena.
		100% dos prontuários com registro da remoção do usuário para unidade de referência	Identificação da unidade de referência que foi encaminhado o usuário	% de usuários referenciados por unidades de saúde.

Fonte: Criado pela autora

Quadro 12: Indicadores de Avaliação utilizados para o componente atendimento pré-hospitalar móvel no local da cena com remoção para unidade de referência.

Os indicadores, “% dos usuários que receberam atendimento primário no local da cena”, “% dos usuários que receberam atendimento secundário no local da cena”, e “% dos usuários que receberam assistência no local da cena”, foram utilizados devido a sua relevância no que se refere a abordagem do usuário e atendimento adequado no local do cenário da ocorrência.

O pré-hospitalar móvel trabalha fundamentado em conceitos dos programas ATLS (Suporte Avançado de Vida no Trauma) e ACLS (Suporte Avançado de Vida em Cardiologia), e baseado nos protocolos técnicos médico e de enfermagem, e protocolos operacionais administrativos. Esses programas e protocolos visam normatizar as rotinas, estabelecer prioridades a partir da necessidade do usuário na cena e tratar as lesões com maior risco.

O indicador, “% dos usuários referenciados por unidades de saúde” é relevante, pois define a continuidade do tratamento em unidade de saúde definida a partir de uma regulação médica de urgência com base no quadro clínico do usuário pautado em uma grade de referência de urgência.

5.4.2. Abordagem qualitativa

5.4.2.1 Técnica de coleta de dados

Por proporcionarem uma maior aproximação do objeto de estudo, na abordagem qualitativa foram escolhidos os seguintes instrumentos de coleta de dados:

1) Observação sistemática do SAMU-192 – por se tratar de uma estratégia essencial para o trabalho de campo na pesquisa qualitativa, onde o observador mantém-se presente numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica (MINAYO, 2000), realizou-se a observação a partir de condições pré-estabelecidas, consideradas na elaboração de um roteiro orientador (APÊNDICE D), para possibilitar a observação e compreensão dos componentes estrutura, processo e resultados referentes à organização do SAMU-192 no município estudado.

2) Análise Documental – a depender do objetivo da pesquisa, a análise documental pode se caracterizar como instrumento complementar ou ser o principal meio de obtenção de dados importantes ao estudo. Para a investigação do objeto de estudo, foi utilizada como técnica complementar às outras citadas anteriormente.

Os documentos foram escolhidos intencionalmente, para facilitar a compreensão e apreensão dos diversos aspectos envolvidos com a organização do SAMU-192 municipal. Nesse sentido, utilizaram-se na análise documentos oficiais como Portaria: Ministerial e Municipal, documentos técnicos, como Relatório de Gestão do ano de 2008, Plano de Ação do SAMU-192 de Feira de Santana 2007-2008, Protocolos médico, de enfermagem e operacional, Prontuário funcional, Relatórios gerenciais gerados do Sistema de informação SAMU, Livro ata das reuniões do Comitê Gestor

municipal de Atenção às Urgências, fichas de atendimento, instrumento de discussão de casos e ficha de acompanhamento e avaliação das ações.

Os documentos foram analisados segundo a cronologia de publicação e nível hierárquico, se federal, estadual ou municipal.

5.4.2.2 Sujeitos do Estudo

Na abordagem qualitativa, os sujeitos foram escolhidos de maneira aleatória, formando dois grupos de estudo.

Os sujeitos do grupo I foram escolhidos entre os profissionais do SAMU-192, que prestam assistência direta ao usuário.

Os sujeitos do grupo II foram escolhidos entre os profissionais do SAMU-192, que não prestam assistência direta ao usuário.

O quadro abaixo mostra o número de trabalhadores do SAMU por categoria, onde foram retiradas as amostras para serem observados.

CATEGORIA	QUANTIDADE
Coordenação Geral	01
Coordenação Médica	01
Coord. Enfermagem	01
Coord. Administrativa	01
Supervisor de Frota	01
Médicos	19
Enfermeiros	08
Técnico/Auxiliar Enfermagem	42
Condutores	33
TARM	22
Rádio Operador	08
Administrativos	06
Técnico Informática	01
Serviços Gerais	04

Total	148
-------	-----

Fonte: SAMU 192-FSA/2008

Quadro 13: Número de trabalhadores do SAMU – 192 por categoria.

Desta maneira, a distribuição dos sujeitos ficou estabelecida de acordo com o Quadro 13.

GRUPO	REPRESENTAÇÃO	Nº. de SUJEITOS	Nº. de OBSERVAÇÕES
I	Profissionais que prestam assistência direta ao usuário (Médico intervencionista, enfermeiro intervencionista, técnico de enfermagem, e condutor).	14	36
II	Profissionais que não prestam assistência direta ao usuário (Médico regulador, TAR e operador de frota).	8	50

Fonte: Informações obtidas durante a coleta de dados junto ao SAMU-192-set/2008.

Quadro 14: Distribuição dos sujeitos da pesquisa e observações

Segundo Minayo (2000), uma pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir a representatividade. Destaca-se que numa busca qualitativa, deve-se preocupar menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política, ou de uma representação.

5.4.2.3 Coleta de dados

Após a coleta dos dados quantitativos e análise dos mesmos, foi iniciada a coleta de dados qualitativos.

Nessa etapa avaliou-se o componente processo, buscou-se mapear indicadores que medem o funcionamento do serviço de urgência do ponto de vista organizativo e da qualidade dos processos. Foram observados: acolhimento do usuário no momento do chamado telefônico e no local do atendimento, escuta da gravação da regulação médica, dinâmica da saída das equipes, fluxo de unidades móveis, adequação e utilização dos

protocolos técnicos e administrativos, preenchimento adequado do sistema de regulação SAMU e fichas de atendimento, comunicação entre as equipes (equipe da sala de regulação com as equipes de intervenção), comunicação entre o SAMU-192, e serviços que atuam no pré-hospitalar (corpo de bombeiro (CB), polícia militar (PM), polícia rodoviária federal (PRF), polícia rodoviária estadual(PRE), superintendência municipal do trânsito (SMT), comunicação entre o SAMU_192 e unidades de referência (unidade básica de saúde-UBS), unidade de saúde da família (USF), pronto atendimento (PA), CAPS, hospitais.

Os dados qualitativos foram originados a partir da observação sistemática aplicada aos profissionais e análise documental

5.4.2.4 Ordenação e classificação dos dados.

No primeiro contato com os “dados brutos”, procedeu-se à organização dos dados contemplados nas observações e documentos, com o objetivo de construir um mapeamento horizontal do material empírico coletado no campo de estudo, organizando-os em diferentes conjuntos.

Os documentos analisados foram ordenados de acordo com a temática abordada no seu conteúdo, de maneira a estabelecer convergências, divergências e complementaridades, entre eles.

5.4.2.5 Análise dos dados obtidos

O componente processo do SAMU-192 foi avaliado através da abordagem qualitativa, seguindo um modelo teórico de análise, descrito no quadro 15.

Componente	Parâmetro
Resultado das ações dos profissionais que prestam assistência direta ao usuário.	<p>Acolhimento no momento do atendimento</p> <p>Adequação dos protocolos durante o atendimento primário e secundário no local da cena.</p> <p>Comunicação entre as equipes no local do atendimento.</p> <p>Preenchimento adequado da ficha de atendimento.</p>
Resultado das ações dos profissionais que não prestam assistência direta ao usuário.	<p>Acolhimento no momento do atendimento telefônico</p> <p>Preenchimento adequado das telas do sistema de regulação SAMU</p> <p>Comunicação/relação com a equipe das unidades móveis</p> <p>Comunicação/relação com os outros serviços (CB, PM, PRF, PRE, SMT, DF, UBS, PSF, CAPS e hospitais)</p>

Fonte: Adaptado da Política Nacional de Atenção às Urgências

QUADRO 15: Modelo teórico de Avaliação das ações do SAMU-192- Abordagem Qualitativa

Através das observações direcionadas aos profissionais do serviço observou-se a questão da satisfação e aceitação do serviço, do acesso aos medicamentos, e a comunicação entre quem dispensa o medicamento e o usuário (relação trabalhador-usuário).

O material empírico oriundo das observações sistemáticas e da análise dos documentos foi analisado através da técnica de análise de conteúdo, obedecendo à sistematização proposta por Minayo (2000).

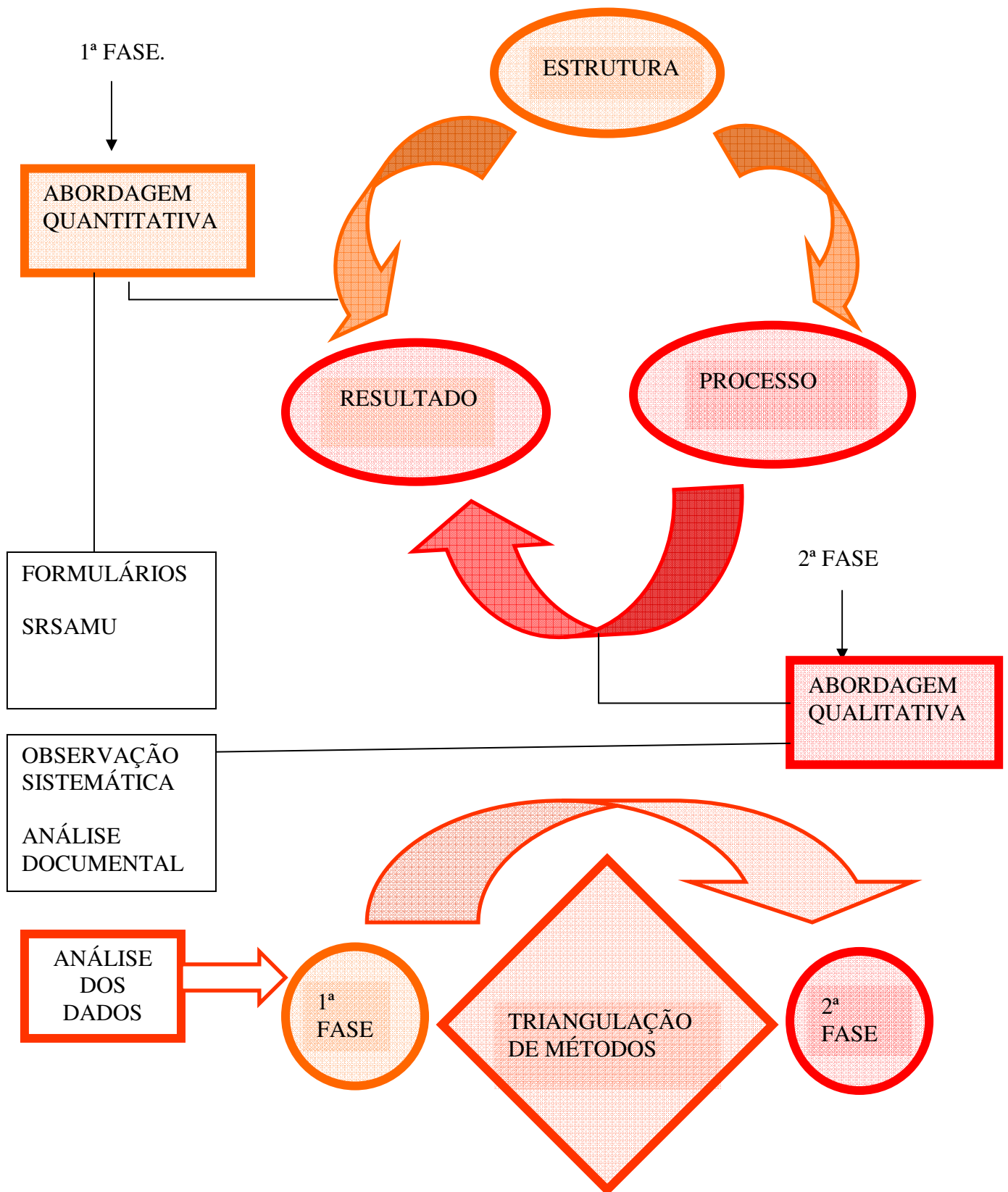
Para a autora, a análise de conteúdo se presta para o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências, o que atende à proposta do presente estudo.

Para analisar e cruzar os dados obtidos na avaliação através das abordagens quantitativa e qualitativa utilizou-se como ferramenta a triangulação de métodos, neste caso particularmente triangulação de dados.

Entende-se avaliação por triangulação de métodos como uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o processo: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas. Além da interação objetiva e subjetiva no processo de avaliação, essa proposta inclui os atores do programa não apenas como objetos de análise, mas, principalmente, como sujeitos de auto-avaliação (MINAYO et al, 2005).

A triangulação significa a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista, a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de coleta de dados.

A adequação da avaliação por triangulação de métodos para atingir os objetivos deste estudo advém do fato de que este método propiciou meios para que a autora, durante o processo de análise, se apropriasse da compreensão dos dados quantitativos e qualitativos gerados, a fim de uma melhor percepção e apreensão da realidade e da complexidade do SAMU-192, enquanto componente da PNAU, observatório importante do contexto da saúde local e do SUS municipal, como se pode visualizar no fluxograma



Fonte: Adaptado Oliveira, 2007

FLUXOGRAMA1: Esquema geral do modelo de análise que utiliza a triangulação de métodos.

6 AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA MUNICIPAL: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO.

Os dados obtidos na abordagem quantitativa possibilitaram a realização de um diagnóstico estrutural e parte dos resultados das ações do SAMU-192 de Feira de Santana. Após a realização das análises das frequências das respostas obtidas através da aplicação do formulário (APÊNDICE A) e dos dados primários do Sistema de Regulação SAMU, os resultados foram organizados em quadros e tabelas onde estão descritas em situações distintas as características gerais da amostra estudada.

O SAMU, enquanto estratégia da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), é também ferramenta de gestão do SUS através da função de regulação enfatizada pela Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS). Como componente da PNAU o modelo de sua estrutura e processo foram construídos centralmente no Ministério da Saúde.

Nesse estudo, foram identificados, no período estudado, através do Sistema de Regulação SAMU, um total de chamados de 190.465 ligações, sendo 118.398 em 2007 e 72.067 em 2008. Desse total, foram identificados 77.593 atendimentos SAMU (AS), sendo 46.036 no ano de 2007, e 31.557 em 2008, atendimentos que compõem o banco de dados trabalhado.

6.1 A estrutura do SAMU

A avaliação da estrutura do SAMU-192 de Feira de Santana mostrou que esse Serviço desenvolve suas ações pautadas na Política Nacional de Atenção às Urgências, e balizadas no Comitê Municipal de Atenção às Urgências. Trabalha em sede própria, base centralizada, contendo uma central de regulação de urgência (CRU), que classifica as urgências em níveis de prioridade e direciona as ações.

Essa sede própria possui rampas de acesso para deficientes, espaço adequado para permanências das equipes do corpo de bombeiro e polícia militar, uma recepção, central de regulação de urgência, que contempla os parâmetros estabelecidos na Portaria GM nº.2.657, sala de coordenação técnica, coordenação geral, equipamentos,

descompressão e NEU; possui auditório, refeitório, almoxarifado (climatizado), farmácia (climatizada), central de material de esterilização, expurgo, depósito de material de limpeza, repouso com banheiro para enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem, TAR, e operador de frota separados por sexo; área de lavagem das ambulâncias, e área para permanência das ambulâncias enquanto aguardam as saídas das equipes; além de um bonito jardim.

Dentro desse contexto pôde-se perceber uma boa estrutura física com fluxo interno de saídas das equipes adequado, o que colabora para a agilidade das ações. Porém observou-se que a área de cobertura das ambulâncias não contempla a proteção de todas as unidades móveis (apenas 50% delas), como também não existe local adequado para lavagem da prancha rígida e do KED, nem local adequado na base para dispor os cilindros de oxigênio.

As unidades móveis são em número de 06, sendo 05 unidades de suporte básico (USB) e 01 unidade de suporte avançado (USA). O número de unidades móveis de suporte básico (05) contempla o parâmetro estabelecido na Portaria GM nº. 2.048, onde associa 1 USB a uma faixa de 100.000 a 150.000 mil habitantes, o que mantém uma relação 1 USB/108.822,6 habitantes no ano de 2007 e 1USB/116.899.4 habitantes no ano de 2008. Referente ao número de unidades móveis de suporte avançado (01), não contempla o parâmetro estabelecido pela Portaria GM nº. 2.048, onde associa 1USA a cada 450.000 mil habitantes. Observou-se uma relação de USA 1/544.113 hab em 2007 e 1/584.497 em 2008.

Dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, a partir da Portaria GM nº. 2.048, observou-se apenas o critério populacional, não contemplando a área de abrangência de cobertura, nem o perfil epidemiológico. Considerando Feira de Santana um município estratégico geograficamente no contexto baiano, a maior cidade do interior da Bahia, o maior entroncamento do Norte-Nordeste cortado por três rodovias federais e cinco estaduais, e uma extensão territorial de 1.344 Km², diante dessa realidade, sinaliza a necessidade da construção de outros parâmetros para contemplar a heterogeneidade dos diversos municípios na perspectiva da melhoria do processo de trabalho e conseqüentemente dos resultados esperados.

Os matérias e equipamentos na base e nas unidades móveis contemplam os

parâmetros (ANEXO) da Portaria GM nº. 2.048, e mantém organização e fluxo interno, que facilitam a utilização dos mesmos no momento das ocorrências. Observou-se também a presença de instrumentos, que são utilizados a cada início de plantão, nas unidades móveis para controle quantitativo e qualitativo desses materiais, os quais contribuem para manutenção da qualidade do serviço.

As equipes de trabalho são distribuídas como segue:

USB: 1 técnico de enfermagem e 1 condutor.

USA: 1 médico intervencionista, 1 enfermeiro intervencionista, 1 técnico de enfermagem e 1 condutor.

CRU: 1 médico regulador 24h/dia, 4 TAR 24/dia, 1 OF 24h/dia. Nos finais de semana ficam 2 médicos reguladores 24/dia.

Coordenações: 1 geral, 1 médica, 1 de enfermagem, 1 administrativa.

Em relação ao parâmetro estabelecido no quadro 4, que tem como base a portaria GM nº. 2.048, onde discorre sobre equipe profissional, observou que este Serviço contempla os parâmetros estabelecidos, mantendo em algumas categorias e em alguns dias um número maior de profissionais. A equipe da USB contempla o parâmetro. A equipe da USA, além do critério estabelecido, existe a mais a presença do técnico de enfermagem. A equipe da CRU conta a mais com um TAR 24h/dia e com um médico regulador a mais nos finais de semana. No que se refere a equipe de coordenação, observou-se a presença da coordenação administrativa, que é componente a mais do parâmetro estabelecido.

Dentro desse quadro de pessoal, observou-se uma adequação local com investimento maior em distribuição de pessoal no que se refere aos parâmetros estabelecidos. Esse *plus* reflete na melhoria do processo de trabalho e conseqüentemente nos resultados obtidos. Observou-se, também que esses profissionais desenvolvem suas ações balizadas em protocolos técnicos (médicos e de enfermagem) e em protocolos operacionais administrativos.

Os elementos estruturais mais estreitamente vinculados aos componentes do Serviço avaliado serão mostrados e discutidos a seguir.

6.2 O processo de produção das ações às urgências no pré-hospitalar móvel em uma cidade-entroncamento

Em Feira de Santana, cidade entroncamento, o SAMU-192 foi avaliado dentro da perspectiva do desenvolvimento das suas ações, e foram eleitos três componentes (Central de regulação de urgência, Educação permanente para os profissionais do SAMU-192, e Atendimento pré-hospitalar móvel no local da cena, com remoção para a unidade de referência), baseados em modelos teóricos específicos para cada componente, e a partir de então utilizando indicadores específicos, devido a sua mensurabilidade, relevância e custo-benefício, como segue.

6.2.1 Componente 1: Central de Regulação de Urgência (CRU): estrutura, processo e resultado.

Esse componente foi escolhido devido a sua relevância dentro do Serviço, haja vista ser esse espaço responsável pela a recepção de todo chamado telefônico, abordagem do caso, decisão e acompanhamento das ações. A sala de regulação é dimensionada a partir das especificações contidas na Portaria GM nº. 2.657, de 16 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004 a) (ANEXO).



Figura 2: Sala de Regulação SAMU-192/ Feira de Santana-Ba
Fonte: SAMU 192/2009.

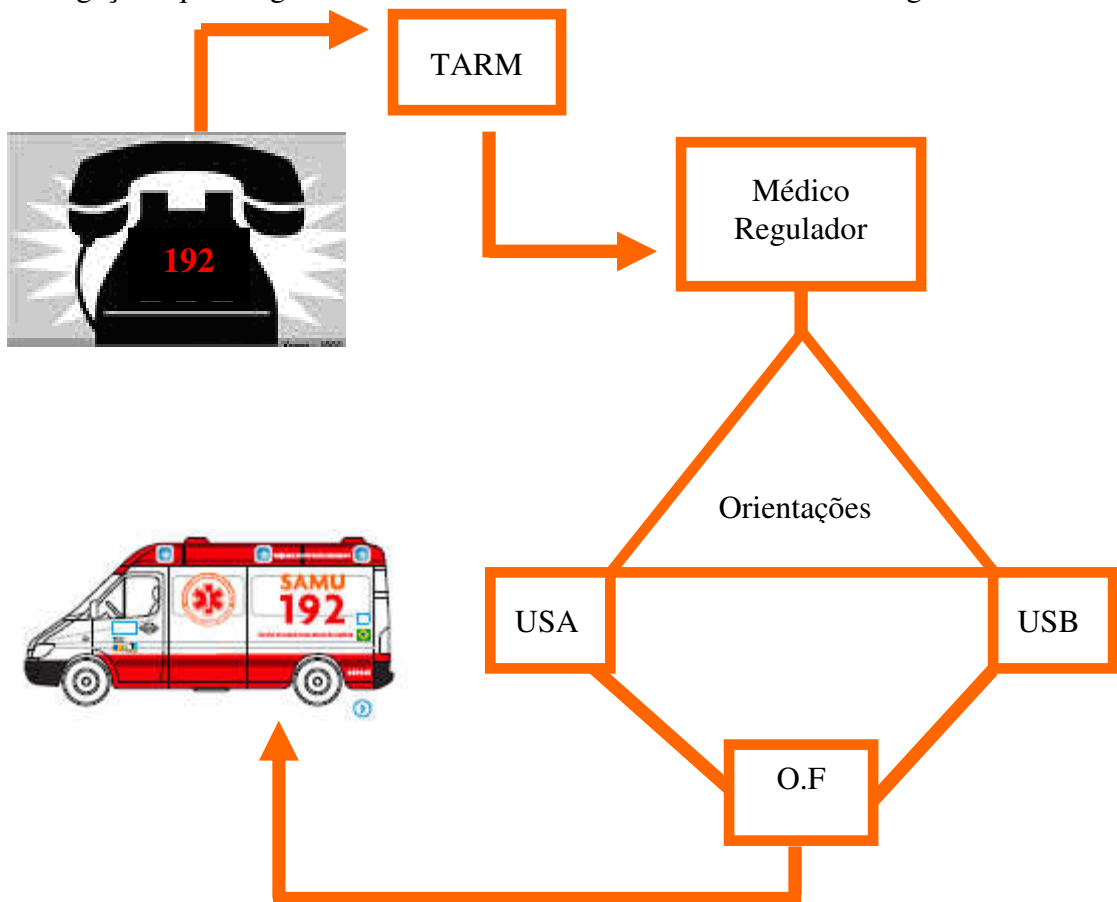
Nesse espaço os chamados chegam ao tronco SAMU-192, que faz parte de um sistema de telefonia digital, onde trabalha com duas linhas telefônicas distribuídas em oito ramais para atendimento do total dos chamados.

Total dos chamados representa todas as ligações que chegam ao tronco SAMU-192, incluindo: AS, trote e outras ligações.

O Atendimento SAMU (A.S) - são atendimentos que de fato deveriam ocorrer e geraram uma orientação, uma saída de USB ou saída de USA.

Outras ligações referem-se aos enganos, solicitações de informações, ligações administrativas, contatos para simulações, testes para avaliações das linhas telefônicas e ligações repetidas referentes a uma mesma ocorrência. Percebe - se que uma ocorrência pode ter vários chamados, haja vista a ansiedade da população envolvida no cenário, aumentando significativamente as ligações geradas a esse tronco.

As ligações que chegam ao tronco SAMU-192 obedecem o fluxo a seguir:



Fonte: Autora

FLUXOGRAMA 2: Fluxo das ligações que chegam ao tronco SAMU-192

Dentro desse contexto identificaram-se no tronco SAMU-192, nos anos de 2007 e 2008, 190.465 ligações, assim distribuídas: em 2007 foram 118.398 ligações, sendo 46.036 AS, 45.120 trotes e 27.242 outras ligações; em 2008 31.557 AS, 18.310 trotes e 22.200 outras ligações, as quais estão apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Chamados telefônicos gerados ao tronco SAMU -192.

	Atendimento					Trote					Outros					Total		
	2007		2008		Var%	2007		2008		Var%	2007		2008		Var%	2007	2008	Var%
	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. abs.	007/008
JAN	3591	41,89	2967	42,99	-17,38	2658	31,00	2222	32,20	-16,40	2324	27,11	1712	24,81	-26,33	8573	6901	-19,5
FEV	3497	41,64	2210	42,83	-36,80	2933	34,92	1591	30,83	-45,76	1968	23,43	1359	26,34	-30,95	8398	5160	-38,5
MAR	4069	42,00	3209	50,81	-21,14	3200	33,03	1689	26,74	-47,22	2419	24,97	1418	22,45	-41,38	9688	6316	-34,8
ABR	4081	37,20	2625	40,51	-35,68	4165	37,96	1701	26,25	-59,16	2725	24,84	2154	33,24	-20,95	10971	6480	-40,9
MAI	3933	36,18	2559	44,16	-34,94	4233	38,94	1321	22,80	-68,79	2704	24,88	1915	33,05	-29,18	10870	5795	-46,6
JUN	4090	37,34	2541	36,57	-37,87	4734	43,22	1808	26,02	-61,81	2130	19,44	2599	37,41	22,02	10954	6948	-36,5
JUL	4015	36,11	2720	44,31	-32,25	4567	41,07	1516	24,69	-66,81	2537	22,82	1903	31,00	-24,99	11119	6139	-44,7
AGO	4067	35,70	2554	39,58	-37,20	4782	41,98	1643	25,46	-65,64	2542	22,32	2256	34,96	-11,25	11391	6453	-43,3
SET	3783	39,54	2373	50,87	-37,27	3889	40,65	687	14,73	-82,33	1895	19,81	1605	34,41	-15,30	9567	4665	-51,2
OUT	3799	40,15	2792	46,32	-26,51	3459	36,56	1547	25,66	-55,28	2204	23,29	1689	28,02	-23,37	9462	6028	-36,3
NOV	3226	38,48	2692	44,86	-16,55	3462	41,30	1457	24,28	-57,91	1695	20,22	1852	30,86	9,26	8383	6001	-28,4
DEZ	3885	43,06	2315	44,68	-40,41	3038	33,67	1128	21,77	-62,87	2099	23,27	1738	33,55	-17,20	9022	5181	-42,6
Total	46036		31557		-31,45	45120		18310		-59,42	27242	23,01	22200		-18,51	118398	72067	-39,1

Fonte: Autora (2009).

Esses resultados apontam as frequências absolutas e relativas no que se refere aos A.S, trotes e a outros chamados, como também a variação absoluta mês a mês durante o período estudado. Percebeu-se, entre os anos de 2007 e 2008, uma variação absoluta de -39,132 do total de ligações recebidas, uma variação absoluta de -31,45% no que se refere aos A.S., e uma variação maior ainda nos trotes, que correspondeu a -59,42%, enquanto os outros chamados houve uma variação de -18,51%. Essa variação pode relacionar-se diretamente com uma melhora na qualidade do serviço, no tocante a orientação e educação da população, e como reflexo as pessoas aprenderam a usar

melhor o Serviço.

Dos AS, foram classificados os atendimentos quanto a sua origem, se primário ou secundário. Brasil, 2006, considera atendimento primário aquele prestado a pedido de ajuda advindo diretamente da população, onde não houve nenhuma intervenção da equipe de saúde sobre o cidadão acometido pela urgência. O médico regulador deverá proceder com interrogatório específico e estabelecer diagnóstico sindrômico no menor intervalo de tempo possível. Tentar fazer o solicitante relatar calma e sucintamente o ocorrido para presumir a gravidade do caso. A detecção do nível de urgência e o estabelecimento de um diagnóstico sindrômico são feitos a partir do interrogatório via telefone.

Para Brasil, 2006, atendimento secundário é aquele prestado às solicitações de ajuda, apoio, retaguarda ou transferências oriundas de profissionais de saúde, equipe ou unidades de saúde de menor complexidade para maior complexidade, ou vice versa. Essa comunicação é realizada entre os profissionais de saúde, especialmente entre o médico solicitante e médico regulador. A tabela 2 mostra a origem dos AS nos anos de 2007 e 2008.

Tabela 2 – Atendimento SAMU 192 associado a sua origem

	Atendimento primário					Atendimento secundário					Total		
	2007		2008		Var % 007/008	2007		2008		Var % 007/008	2007	2008	Var % 007/008
	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %		F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %		F. abs.	F. abs.	
JAN	3531	98,33	2751	92,72	-22,09	60	1,67	216	7,28	260,00	3591	2967	-17,4
FEV	3407	97,43	2147	97,15	-36,98	90	2,57	63	2,85	-30,00	3497	2210	-36,8
MAR	3994	98,16	3086	96,17	-22,73	75	1,84	123	3,83	64,00	4069	3209	-21,1
ABR	4036	98,90	2463	93,83	-38,97	45	1,10	162	6,17	260,00	4081	2625	-35,7
MAI	3858	98,09	2364	92,38	-38,72	75	1,91	195	7,62	160,00	3933	2559	-34,9
JUN	4045	98,90	2379	93,62	-41,19	45	1,10	162	6,38	260,00	4090	2541	-37,9
JUL	3920	97,63	2486	91,40	-36,58	95	2,37	234	8,60	146,32	4015	2720	-32,3
AGO	4017	98,77	2353	92,13	-41,42	50	1,23	201	7,87	302,00	4067	2554	-37,2
SET	3738	98,81	2141	90,22	-42,72	45	1,19	232	9,78	415,56	3783	2373	-37,3
OUT	3729	98,16	2599	93,09	-30,30	70	1,84	193	6,91	175,71	3799	2792	-26,5
NOV	3191	98,92	2458	91,31	-22,97	35	1,08	234	8,69	568,57	3226	2692	-16,6
DEZ	3845	98,97	2090	1192	-45,64	40	1,03	225	9,72	462,50	3885	2315	-40,4
Total	45311		29317		-35,30	725		2240		208,97	46036	31557	-31,5

Fonte: Autora (2009).

Esses resultados apontam as frequências absolutas e relativas no que se referem ao atendimento primário, que foram 45.311 em 2007 e AS 725 no mesmo ano, enquanto no ano de 2008 ocorreram 29.317 atendimentos primários e 2.240 atendimentos secundários. Observou-se uma variação absoluta de -35,30% de 2007 para 2008 no tocante ao atendimento primário, enquanto houve uma variação absoluta de +208,97% referente aos atendimentos secundários. Percebe-se uma diminuição significativa dos chamados de origem primária. Isso pode sinalizar que a população vem aprendendo a utilizar melhor o Serviço, porém em contraponto houve um aumento muito significativo dos atendimentos secundários. Esse aumento pode relacionar-se com a qualificação profissional nos serviços de saúde, como também com as trocas constantes desses profissionais, ou ainda as condições de equipamentos e materiais dos serviços de saúde que não dão conta de responder essa demanda de urgência e acabam por remover esses usuários através do SAMU.

Dos A.S. buscou-se associar a localização do chamado, se domicílio, via pública, Unidade de Saúde da Família (USF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Pronto Atendimento (P.A) ou hospital, como mostrado na tabela3.

Tabela 3 – Atendimento SAMU-192 associado à localização do chamado

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total
DOMICÍLIO													
2007(Fre. Abs.)	573	518	610	603	615	614	635	622	612	659	611	725	7397
2007(Fre. Rel.%)	50,0	50,9	50,2	50,0	51,0	50,0	50,8	50,1	48,9	50,1	50,0	48,3	
2008(Fre. Abs.)	599	550	655	651	673	583	631	606	535	611	613	550	7257
2008(Fre. Rel.%)	48,0	48,8	48,6	48,7	48,7	48,7	48,5	47,9	48,0	48,0	49,0	49,0	
Variação %	4,5	6,2	7,4	8,0	9,4	-5,0	-0,6	-2,6	-12,6	-7,3	0,3	-24,1	-1,9
VIA PÚBLICA													
2007(Fre. Abs.)	389	337	400	400	397	404	408	418	428	440	413	553	4987
2007(Fre. Rel.%)	33,9	33,1	32,9	33,1	32,9	32,9	32,6	33,7	34,2	33,5	33,8	36,9	
2008(Fre. Abs.)	436	389	469	466	484	419	464	443	394	456	443	393	5256
2008(Fre. Rel.%)	34,9	34,5	34,8	34,9	35,0	35,0	35,7	35,0	35,3	35,8	35,4	35,0	
Variação %	12,1	15,4	17,3	16,5	21,9	3,7	13,7	6,0	-7,9	3,6	7,3	-28,9	5,4
PRONTO ATENDIMENTO													
2007(Fre. Abs.)	80	74	87	85	85	83	90	86	93	93	87	108	1051
2007(Fre. Rel.%)	7,0	7,3	7,2	7,0	7,0	6,8	7,2	6,9	7,4	7,1	7,1	7,2	
2008(Fre. Abs.)	97	90	101	98	100	84	91	89	79	90	85	79	1083
2008(Fre. Rel.%)	7,8	8,0	7,5	7,3	7,2	7,0	7,0	7,0	7,1	7,1	6,8	7,0	
Variação %	21,3	21,6	16,1	15,3	17,6	1,2	1,1	3,5	-15,1	-3,2	-2,3	-26,9	3,0
HOSPITAL													
2007(Fre. Abs.)	57	48	63	61	60	66	67	64	65	67	61	58	737
2007(Fre. Rel.%)	5,0	4,7	5,2	5,1	5,0	5,4	5,4	5,2	5,2	5,1	5,0	3,9	
2008(Fre. Abs.)	64	56	70	70	73	59	66	74	60	63	59	53	767
2008(Fre. Rel.%)	5,1	5,0	5,2	5,2	5,3	4,9	5,1	5,9	5,4	4,9	4,7	4,7	
Variação %	12,3	16,7	11,1	14,8	21,7	-10,6	-1,5	15,6	-7,7	-6,0	-3,3	-8,6	4,1
PSF													
2007(Fre. Abs.)	34	32	40	37	36	41	38	37	38	36	36	48	453
2007(Fre. Rel.%)	3,0	3,1	3,3	3,1	3,0	3,3	3,0	3,0	3,0	2,7	2,9	3,2	
2008(Fre. Abs.)	38	33	41	41	41	35	37	39	34	42	40	34	455
2008(Fre. Rel.%)	3,0	2,9	3,0	3,1	3,0	2,9	2,8	3,1	3,0	3,3	3,2	3,0	
Variação %	11,8	3,1	2,5	10,8	13,9	-14,6	-2,6	5,4	-10,5	16,7	11,1	-29,2	0,4
UNIDADE BÁSICA													
2007(Fre. Abs.)	14	8	16	21	13	21	12	14	15	20	13	8	175
2007(Fre. Rel.%)	1,2	0,8	1,3	1,7	1,1	1,7	1,0	1,1	1,2	1,5	1,1	0,5	
2008(Fre. Abs.)	14	10	13	11	11	16	11	13	13	12	10	14	148
2008(Fre. Rel.%)	1,1	0,9	1,0	0,8	0,8	1,3	0,8	1,0	1,2	0,9	0,8	1,2	
Variação %	0,0	25,0	-18,8	-47,6	-15,4	-23,8	-8,3	-7,1	-13,3	-40,0	-23,1	75,0	-15,4
TOTAL 2007	1147	1017	1216	1207	1206	1229	1250	1241	1251	1315	1221	1500	14800
TOTAL 2008	1248	1128	1349	1337	1382	1196	1300	1264	1115	1274	1250	1123	14966
Variação %	8,8	10,9	10,9	10,8	14,6	-2,7	4,0	1,9	-10,9	-3,1	2,4	-25,1	1,1

Fonte: Autora (2009).

Esses resultados apontam as frequências absolutas e relativas no que se referem aos A.S associado à localização do chamado. Do total dos AS, o maior número de ligações, tanto no ano de 2007 quanto no ano de 2008, foi gerada do domicílio. No ano de 2007 observou-se um total de 7.397 ligações geradas do domicílio, enquanto em 2008 foram 7.257 ligações, apresentando uma variação absoluta de -1,89%. Ainda no mesmo período, percebeu-se que as ligações geradas de via pública houve uma variação positiva de +5,39%, as ligações em 2007 foram 4.987, enquanto em 2008 foram 5.256 ligações. Ainda no mesmo período, a localização com maior variação negativa -15,43% foi a UBS, tendo 175 em 2007 e 148 em 2008, contrapondo a via pública, que teve a maior variação positiva.

Nesse contexto, onde o maior número de solicitações parte do domicílio, pode-se repensar sobre as ações trabalhadas na atenção básica no sentido de prevenção das urgências. Sabe-se que a atenção básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde, e uma parcela importante dos portadores de doenças cardiovascular, como hipertensão, diabetes, cardiopatias e sequelados de acidente vascular encefálico, são acompanhados nas unidades de Saúde da Família e nas Unidades Básicas de Saúde.

Dentro do eixo da origem dos atendimentos, na análise das fichas de atendimentos pode-se perceber que os atendimentos gerados no domicílio tinham relação não somente com as urgências clínicas cardiovasculares, mas percebeu-se uma estreita relação com as urgências pediátricas e trauma, como queimadura, queda de laje, queda de escada, ferimento por arma de fogo e arma branca, entre outros.

Tendo como eixo norteador os indicadores criados no quadro 7, a partir do componente CRU, foi levantada a tomada de decisão do médico regulador a partir dos A.S., desse total de chamados, quantas orientações foram geradas, quantas saídas de USB e quantas de USA.

Brasil 2006 sinaliza que essa decisão deve envolver uma avaliação multifatorial do grau da urgência. Esse grau é diretamente proporcional à gravidade, a quantidade de recursos necessários para atender o caso, e a pressão social presente na cena do atendimento e inversamente proporcional ao tempo necessário para iniciar o tratamento. Esse momento trabalha com classificação de risco definindo as urgências em níveis:

nível 1, vítima vermelha, prioridade absoluta, nível 2, vítima amarela, prioridade moderada, nível 3, vítima verde, prioridade baixa, e nível 4, vítima preta, prioridade mínima.

A tabela 4 evidencia os chamados que geraram apenas orientação, saída de USB ou saída de USA, 2007 e 2008, como também a variação absoluta desse mesmo período.

Tabela 4 – Atendimento gerado ao tronco SAMU-192

	Sem saída das equipes de urgência					Saída de USB					Saída de USA					Total		
	2007		2008		Var%	2007		2008		Var%	2007		2008		Var%	2007	2008	Var%
	F. abs	F. rel %	F. abs	F. rel %	007/008	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. abs.	007/008
JAN	2444	68,06	1719	57,94	-29,66	1039	28,93	1125	37,92	8,28	108	3,01	123	4,15	13,89	3591	2967	-17,4
FEV	2480	70,92	1082	48,96	-56,37	906	25,91	1056	47,78	16,56	111	3,17	72	3,26	-35,14	3497	2210	-36,8
MAR	2853	70,12	1860	57,96	-34,81	1112	27,33	1171	36,49	5,31	104	2,56	178	5,55	71,15	4069	3209	-21,1
ABR	2874	70,42	1288	49,07	-55,18	1077	26,39	1215	46,29	12,81	130	3,19	122	4,65	-6,15	4081	2625	-35,7
MAI	2727	69,34	1177	45,99	-56,84	1062	27,00	1210	47,28	13,94	144	3,66	172	6,72	19,44	3933	2559	-34,9
JUN	2861	69,95	1345	52,93	-52,99	1111	27,16	1108	43,60	-0,27	118	2,89	88	3,46	-25,42	4090	2541	-37,9
JUL	2765	68,87	1420	52,21	-48,64	1103	27,47	1126	41,40	2,09	147	3,66	174	6,40	18,37	4015	2720	-32,3
AGO	2826	69,49	1290	50,51	-54,35	1093	26,87	1137	44,52	4,03	148	3,64	127	4,97	-14,19	4067	2554	-37,2
SET	2532	66,93	1258	53,01	-50,32	1074	28,39	1025	43,19	-4,56	177	4,68	90	3,79	-49,15	3783	2373	-37,3
OUT	2484	65,39	1518	54,37	-38,89	1126	29,64	1151	41,22	2,22	189	4,97	123	4,41	-34,92	3799	2792	-26,5
NOV	2005	62,15	1442	53,57	-28,08	1098	34,04	1134	42,12	3,28	123	3,81	116	4,31	-5,69	3226	2692	-16,6
DEZ	2385	61,39	2315	1192	-2,94	1337	34,41	1021	29,70	-23,64	163	4,20	102	2,97	-37,42	3885	3438	-11,5
Total	31236		17714		-43,29	13138		13479		2,60	1662	3,61	1487		-10,53	46036	32680	-29,0

Fonte: Autora (2009).

A análise dos dados registrados a partir do SRSAMU mostrou que dos A.S. em 2007, 31.236 foram dadas apenas orientações para responder a necessidade do usuário, ou seja, esses usuários na classificação de risco tinham uma prioridade baixa ou mínima, enquanto em 2008, para essas mesmas prioridades, ocorreram 17.714 ligações, havendo uma variação absoluta de -43,29. Enquanto os A.S. que geraram saída de USB em 2007 foram um total de 13.138 ligações, em 2008, para essa mesma prioridade foram geradas 13.479 ligações, com uma variação absoluta de +2,60%. Quanto aos A.S. com prioridade absoluta no ano de 2007, foram 1.662 ligações que geraram saída de USA. No ano de 2008, para essa mesma prioridade, ocorreram 1.487 ligações que geraram saída de USA.

Confrontando esses dados com os critérios estabelecidos para esses indicadores,

observa-se que foram contemplados, haja vista a orientação ser um eixo importante da CRU e ter como parâmetro das ligações A.S., mais de 50% desses atendimentos serem respondidos apenas com uma orientação. Porém, observa-se que as orientações representaram um valor relativo acima de 70%, e isso pode associar-se a não “valorização” do risco dessas urgências. Esse critério revela uma regulação fortalecida, onde se tem um “despacho de ambulância” qualificado. Acredita-se que seja consequência das capacitações, simulados e discussão de casos que representam uma constante nesse Serviço.

A análise de dados referente ao indicador adequação da regulação foi retirada da tabela 5.

Tabela 5 – Atendimento SAMU-192, associado a saída da equipe de suporte avançado após avaliação da equipe de suporte básico.

	Saída de USB					Saída de USA após avaliação da USB					Total		
	2007		2008		Var %	2007		2008		Var %	2007	2008	Var %
	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. abs.	007/008
JAN	1039	89,34	1125	90,14	8,28	124	10,66	123	9,86	-0,81	1163	1248	7,31
FEV	906	88,56	1056	89,34	16,56	117	11,44	126	10,66	7,69	1023	1182	15,54
MAR	1112	90,11	1171	89,66	5,31	122	9,89	135	10,34	10,66	1234	1306	5,83
ABR	1077	90,96	1215	88,62	12,81	107	9,04	156	11,38	45,79	1184	1371	15,79
MAI	1062	90,15	1210	89,56	13,94	116	9,85	141	10,44	21,55	1178	1351	14,69
JUN	1111	90,92	1108	89,43	-0,27	111	9,08	131	10,57	18,02	1222	1239	1,39
JUL	1103	89,31	1126	88,94	2,09	132	10,69	140	11,06	6,06	1235	1266	2,51
AGO	1093	88,50	1137	88,55	4,03	142	11,50	147	11,45	3,52	1235	1284	3,97
SET	1074	89,35	1025	88,29	-4,56	128	123	136	11,71	6,25	1202	1161	-3,41
OUT	1126	90,15	1151	89,16	2,22	123	9,85	140	10,84	13,82	1249	1291	3,36
NOV	1098	90,15	1134	89,43	3,28	120	9,85	134	10,57	11,67	1218	1268	4,11
DEZ	1337	88,60	1021	1192	-23,64	172	11,40	120	10,52	-30,23	1509	1141	-24,39
Total	13138		13479		2,60	1514		1629		7,60	14652	15108	3,11

Fonte: Autora (2009).

A análise dos dados referente à adequação da regulação no que tange a saída de USA após avaliação da equipe de USB mostrou uma frequência, em 2007, num total de 1.514 ocorrências, as quais representam uma frequência relativa de 11,52% das saídas de USB. Em 2008, foram 1.629 saídas de USA, após avaliação da equipe da USB. Esse valor representa frequência relativa de 12,09%. A variação absoluta entre os dois anos

foi de +7,60%, ou seja, aumentou consideravelmente. Esse aumento pode ser consequência das mudanças ocorridas na escala médica. No ano de 2008 houve troca de 72% nessa categoria profissional.

O indicador tempo de resposta para o pré-hospitalar móvel é de grande relevância, haja vista a necessidade de ajuda imediata, e o tempo passar a ser uma ameaça à vida da pessoa que encontra-se no momento de urgência. Os quadros 16 e 17 revelam os tempos gastos com as equipes de USB e USA nos anos estudados.

	2007	2008
Tempo médio de atendimento do TAR (em minutos)	1,08	1,06
Tempo médio de saída das equipes de suporte básico da base (em minutos)	1,30	1,28
Tempo médio de chegada das equipes de suporte básico ao local da cena (em minutos)	11,41	11,40
Tempo médio de permanência das equipes de suporte básico no local da cena (em minutos)	17,34	17,38
Tempo médio de transporte das equipes de suporte básico do local da cena até a unidade de referência (em minutos)	11,57	11,58
Tempo médio total (em minutos)	42,7	42,9

Fonte: Autora

Quadro16: Tempo médio de resposta das equipes de Suporte Básico

	2007	2008
Tempo médio de atendimento do TAR e médico (em minutos)	1,03	1,04
Tempo médio de saída das equipes de suporte avançado da base (em minutos)	0,48	0,49
Tempo médio de chegada das equipes de suporte avançado ao local da cena (em minutos)	8,09	8,07
Tempo médio de permanência das equipes de suporte avançado no local da cena (em minutos)	18,55	18,59
Tempo médio de transporte das equipes de suporte avançado do local da cena até a unidade de referência (em minutos)	10,26	10,28
Tempo médio total (em minutos)	38,41	38,47

Fonte: Autora

Quadro17: Tempo médio de resposta das equipes de Suporte Avançado

Foi considerado nesse estudo o tempo médio de resposta do TARM, do momento em que atende a ligação no tronco 192 até o momento que o médico finaliza esse chamado inicial, com liberação de unidade móvel USB ou USA.

Tempo Médio de Resposta das Equipes de Urgência da base: mede o tempo médio, em minutos, que as equipes de urgência levam para sair da base.

Tempo médio de chegada das equipes de urgência ao local da cena.

Tempo Médio decorrido no local de ocorrência: É o tempo transcorrido desde a hora da chegada no lugar do ocorrido da equipe do SAMU até sua saída do cenário.

Tempo Médio de transporte até a unidade de referência: Mede a média dos tempos de transporte do cenário ao hospital de referência.

Tempo Médio de Resposta Total: É o tempo transcorrido desde a hora da recepção do chamado na Central de Regulação, até a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência.

A análise desse indicador tempo/resposta no período estudado, mostra uma variação muito pequena entre os anos de 2007 e 2008, revela a manutenção da qualidade das equipes referente a esse indicador, pois não houve uma diminuição total nem parcial desses tempos, o que implica em não formar fila de espera na CRU, e chegada em tempo hábil no local do cenário.

Esses valores refletem ainda que estrutura do serviço com uma base centralizada consegue manter esse indicador com bons níveis a USA, chegando ao local do cenário em um tempo menor que 10 minutos.

Percebe-se a chegada da USA no local da cena, em 2007 num tempo médio de 8,09 minutos, em 2008 foi de 8,07 minutos, contrapondo com o tempo médio de chegada da USB no local da cena, em 2007, num tempo médio 11,41 minutos, em 2008 foi de 11,40 minutos. Esse resultado é importante porque a USA atende a urgência com prioridade absoluta, a qual tem que ter um tempo resposta melhor, pois o tempo é inversamente proporcional ao grau de urgência, para que se institua o tratamento o mais breve possível.

O grau de urgência envolve uma avaliação multifatorial, expressa na relação:

$$U = \frac{(G).(A).(V)}{(T).(UR)}$$

U – Grau da Urgência
G – Gravidade do caso
T – Tempo para iniciar o tratamento
A – Atenção: recursos necessários para o tratamento
V – Valor social que envolve o caso
UR – Unidade de Referência

Ainda, no componente CRU foi avaliado o indicador que mostra a referência do usuário a rede de serviços, como evidencia a tabela 6:

Tabela 6 – Atendimento SAMU-192 associado à referência dos usuários.

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total
HGCA													
2007(Fre. Abs.)	371	351	383	412	370	418	406	411	388	348	271	407	4536
2008(Fre. Abs.)	343	388	434	411	429	404	378	436	401	433	418	412	4887
Varição %	-7,5	10,5	13,3	-0,2	15,9	-3,3	-6,9	6,1	3,4	24,4	54,2	1,2	7,7
HDPA													
2007(Fre. Abs.)	154	149	166	140	97	167	147	158	126	149	109	138	1700
2008(Fre. Abs.)	128	100	73	78	114	89	84	79	89	76	69	68	1047
Varição %	-16,9	-32,9	-56,0	-44,3	17,5	-46,7	-42,9	-50,0	-29,4	-49,0	-36,7	-50,7	-38,4
CSS													
2007(Fre. Abs.)	67	57	90	97	104	75	50	79	71	120	69	100	979
2008(Fre. Abs.)	90	62	82	54	64	50	55	60	40	43	35	39	674
Varição %	34,3	8,8	-8,9	-44,3	-38,5	-33,3	10,0	-24,1	-43,7	-64,2	-49,3	-61,0	-31,2
HELRL													
2007(Fre. Abs.)	20	31	32	31	30	42	39	45	46	40	31	28	415
2008(Fre. Abs.)	25	26	46	25	26	14	37	25	33	25	35	16	333
Varição %	25,0	-16,1	43,8	-19,4	-13,3	-66,7	-5,1	-44,4	-28,3	-37,5	12,9	-42,9	-19,8
HTO													
2007(Fre. Abs.)	29	10	13	20	15	14	22	28	30	38	24	39	282
2008(Fre. Abs.)	40	41	37	41	35	40	45	39	57	46	39	25	485
Varição %	37,9	310,0	184,6	105,0	133,3	185,7	104,5	39,3	90,0	21,1	62,5	-35,9	72,0
H ORT													
2007(Fre. Abs.)	21	15	14	21	16	10	16	15	7	8	8	5	156
2008(Fre. Abs.)	12	13	6	3	14	9	11	10	5	1	12	3	99
Varição %	-42,9	-13,3	-57,1	-85,7	-12,5	-10,0	-31,3	-33,3	-28,6	-87,5	50,0	-40,0	-36,5
EMEC													
2007(Fre. Abs.)	29	24	24	21	35	36	43	23	34	36	30	38	373
2008(Fre. Abs.)	33	22	36	33	28	28	45	44	33	35	32	30	399
Varição %	13,8	-8,3	50,0	57,1	-20,0	-22,2	4,7	91,3	-2,9	-2,8	6,7	-21,1	7,0
UNIMED													
2007(Fre. Abs.)	14	12	22	20	8	20	15	18	22	21	14	25	211
2008(Fre. Abs.)	16	19	22	16	16	23	21	22	26	22	15	17	235
Varição %	14,3	58,3	0,0	-20,0	100,0	15,0	40,0	22,2	18,2	4,8	7,1	-32,0	11,4
SÃO MATHEUS													
2007(Fre. Abs.)	12	13	9	11	17	11	17	15	17	15	8	16	161
2008(Fre. Abs.)	18	5	15	11	15	8	14	21	15	6	6	5	139
Varição %	50,0	-61,5	66,7	0,0	-11,8	-27,3	-17,6	40,0	-11,8	-60,0	-25,0	-68,8	-13,7
PA TOMBA													
2007(Fre. Abs.)	71	60	77	76	89	78	81	93	115	103	92	104	1039
2008(Fre. Abs.)	83	91	99	88	80	57	66	70	87	70	79	71	941
Varição %	16,9	51,7	28,6	15,8	-10,1	-26,9	-18,5	-24,7	-24,3	-32,0	-14,1	-31,7	-9,4
PA GEORGE AMÉRICO													
2007(Fre. Abs.)	66	77	112	101	103	81	72	82	89	84	75	94	1036
2008(Fre. Abs.)	90	94	77	65	53	35	45	35	45	36	35	24	634
Varição %	36,4	22,1	-31,3	-35,6	-48,5	-56,8	-37,5	-57,3	-49,4	-57,1	-53,3	-74,5	-38,8

Fonte: Autora (2009).

A rede de serviços do município, conforme apresentada no corpo desse trabalho, apresenta teoricamente “várias” portas de entrada para as urgências nas suas diversas naturezas. Muitos desses serviços foram implantados e/ou ampliados a partir da chegada do pré-hospitalar móvel, pois sabe-se que a PNAU é composta por unidades dos níveis de atenção a saúde, desde a atenção básica, média complexidade, hospitais e serviços pós-hospitalar, para que as urgências possam ser assistidas nos diversos níveis e haja uma prevenção das complicações.

Porém, dentro dessa rede de serviços destaca-se o Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), de gestão e gerência estadual, onde teoricamente deve receber as urgências com maior gravidade de qualquer natureza, exceto as urgências relacionadas à saúde mental. Na tentativa de responder as urgências de menor gravidade, o município buscou a alternativa dos prontos atendimentos (P.A.), além de manter contratos com a rede privada conveniada ao SUS.

A análise desses dados apontou que, do total dos 46.036 dos A.S. em 2007, 12.372 foram encaminhados a uma unidade de saúde. Desse total, o HGCA recebeu 4.536 usuários, que corresponde a 33,92% em relação ao total dos A.S. Em 2008, foram 31.557, desses, 11.624 usuários foram encaminhados a uma unidade de saúde, o HGCA acolheu 4.887 usuários, o que corresponde a 42,04%. Enquanto no mesmo período, foram referenciados aos P.A., 2.853 no ano de 2007, que corresponde 23,06% dos A.S., e 2707, em 2008, que corresponde a 23,28%. Referente aos encaminhamentos na área de saúde mental, observou-se 492 atendimentos em 2007, sendo direcionados 415 ao Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL), 77 ao CAPS. Em relação a 2008, foram referenciados 397 usuários, sendo 333 ao HELRL e 64 aos CAPS. Ainda nesse período, foram encaminhados a instituição filantrópica Hospital Dom Pedro de Alcântara (HDPA) 2.747 atendimentos, sendo 1.700 em 2007, e 1.047 em 2008; em relação às instituições privadas conveniada ao SUS foram encaminhados 3.300 atendimentos, sendo 1.767 em 2007, e 1.533 atendimentos em 2008. Em relação às instituições privadas não conveniadas ao SUS, foram encaminhados 1.518 atendimentos, sendo 745 em 2007, e 773, em 2008.

Esses dados revelam a necessidade e importância dos outros serviços na rede, como também a importância do SAMU-192, enquanto componente da PNAU e ordenador do fluxo das urgências. Percebe-se que a ordenação do fluxo das urgências contribuiu para a “desconstrução” de ser apenas o HGCA responsável pelo atendimento às urgências, pois provavelmente uma parcela considerável dessas urgências que foram direcionadas para outros serviços, naturalmente iriam ao HGCA devido o processo histórico municipal dentro da saúde pública.

Dentro do componente CRU, foi avaliada a associação dos A.S. a casuística das urgências, como mostra a tabela 7.

Tabela 7 – Atendimento SAMU-192 associado às Urgências por Casuística referenciada às unidades de saúde.

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total
CLINICOS													
2007(Fre. Abs.)	557	553	655	649	645	656	1446	1500	1432	1509	1112	1420	12134
2007(Fre. Rel.)	57,9	61,0	60,9	59,9	63,0	61,9	61,0	61,1	59,7	59,6	55,4	56,0	
2008(Fre. Abs.)	573	510	571	481	576	539	548	547	588	580	533	496	6542
2008(Fre. Rel.)	58,9	50,9	54,0	51,9	54,9	58,0	57,0	55,0	57,9	59,9	57,9	60,0	
Variação %	2,9	-7,8	-12,8	-25,9	-10,7	-17,8	-62,1	-63,5	-58,9	-61,6	-52,1	-65,1	-46,1
TRAUMÁTICOS													
2007(Fre. Abs.)	262	236	259	273	217	235	522	572	593	605	556	726	5056
2007(Fre. Rel.)	27,2	26,0	24,1	25,2	21,2	22,2	22,0	23,3	24,7	23,9	27,7	28,6	
2008(Fre. Abs.)	242	315	334	287	272	232	240	264	253	222	248	206	3115
2008(Fre. Rel.)	24,9	31,5	31,6	31,0	25,9	24,9	24,9	26,5	24,9	22,9	27,0	24,9	
Variação %	-7,6	33,5	29,0	5,1	25,3	-1,3	-54,0	-53,8	-57,3	-63,3	-55,4	-71,6	-38,4
PEDIÁTRICOS													
2007(Fre. Abs.)	39	36	43	64	61	63	125	124	115	118	100	124	1012
2007(Fre. Rel.)	4,1	4,0	4,0	5,9	6,0	5,9	5,3	5,1	4,8	4,7	5,0	4,9	
2008(Fre. Abs.)	45	45	42	37	67	46	41	49	50	43	40	33	538
2008(Fre. Rel.)	4,6	4,5	4,0	4,0	6,4	4,9	4,3	4,9	4,9	4,4	4,3	4,0	
Variação %	15,4	25,0	-2,3	-42,2	9,8	-27,0	-67,2	-60,5	-56,5	-63,6	-60,0	-73,4	-46,8
OBSTÉTRICOS													
2007(Fre. Abs.)	57	45	64	54	61	52	125	138	136	139	125	135	1131
2007(Fre. Rel.)	5,9	5,0	6,0	5,0	6,0	4,9	5,3	5,6	5,7	5,5	6,2	5,3	
2008(Fre. Abs.)	57	45	38	57	72	60	58	59	66	61	54	44	671
2008(Fre. Rel.)	5,9	4,5	3,6	6,2	6,9	6,5	6,0	5,9	6,5	6,3	5,9	5,3	
Variação %	0,0	0,0	-40,6	5,6	18,0	15,4	-53,6	-57,2	-51,5	-56,1	-56,8	-67,4	-40,7
SAÚDE MENTAL													
2007(Fre. Abs.)	38	28	43	32	30	42	132	105	104	127	91	98	870
2007(Fre. Rel.)	4,0	3,1	4,0	3,0	2,9	4,0	5,6	4,3	4,3	5,0	4,5	3,9	
2008(Fre. Abs.)	38	48	27	48	31	37	52	54	42	43	27	28	475
2008(Fre. Rel.)	3,9	4,8	2,6	5,2	3,0	4,0	5,4	5,4	4,1	4,4	2,9	3,4	
Variação %	0	71	-37	50	3	-12	-61	-49	-60	-66	-70	-71	-45,40
OBITO													
2007(Fre. Abs.)	9	9	11	11	10	11	22	14	18	32	23	34	204
2007(Fre. Rel.)	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,6	0,8	1,3	1,1	1,3	
2008(Fre. Abs.)	18	38	46	16	31	16	23	22	16	19	18	20	283
2008(Fre. Rel.)	1,8	3,8	4,3	1,7	3,0	1,7	2,4	2,2	1,6	2,0	2,0	2,4	
Variação %	100,0	322,2	318,2	45,5	210,0	45,5	4,5	57,1	-11,1	-40,6	-21,7	-41,2	38,7
TOTAL 2007	962	907	1075	1083	1024	1059	2372	2453	2398	2530	2007	2537	20407
TOTAL 2008	973	1001	1058	926	1049	930	962	995	1015	968	920	827	11624
Variação %	1,1	10,4	-1,6	-14,5	2,4	-12,2	-59,4	-59,4	-57,7	-61,7	-54,2	-67,4	-43,0

Fonte: Autora (2009).

A análise dos A.S. por casuística de qualquer natureza, seja ela clínica, traumática, obstétrica, pediátrica, ou de saúde mental, mostrou que no período estudado, a maior frequência corresponde às ocorrências clínicas, compatível com os dados epidemiológicos. Observou-se no ano de 2007 as urgências clínicas com uma frequência

relativa de 60,13%, e em 2008 representaram 56,28%, com uma variação absoluta de -46,09%, seguidas das urgências traumáticas, com 23,61% em 2007, e 26,8% em 2008, com uma variação absoluta de -38,39%. Seguido das urgências obstétricas que ocorreram em 2007 com uma frequência relativa de 5,76%, mantendo em 2008 com 5,77%, seguido dos atendimentos pediátricos, que em 2007 apresentaram uma frequência relativa de 5,08%, e em 2008 essa frequência relativa cai para 4,09%. No que se refere às urgências em saúde mental, observou-se uma frequência relativa em 2007 de 4,31%, enquanto em 2008 foi de 4,09%.

Referente aos atendimentos que foram classificados como óbito, registrou uma frequência relativa em 2007 de 1,11%, enquanto em 2008 foi de 2,43%. Percebeu-se na análise das fichas de atendimento que muitos dos óbitos registrados, alguns foram de vítimas em fase terminal, outros vítimas de politraumas que na distribuição trimodal das mortes entrariam no primeiro pico. Segundo o Committee on Trauma of American College of Surgeons, 2005, a distribuição trimodal das mortes, no primeiro pico são encontradas as vítimas que morrem segundos ou minutos após o trauma, são vítimas extremamente graves, que muitas vezes apresentam lacerações do cérebro, tronco cerebral e medula alta, lesões cardíacas importantes, lesões de aorta e grandes vasos, tendo como consequência elevado obituário. Para diminuir a frequência desses óbitos, a vítima deve ser removida para centro adequado o mais breve possível, e fortalecer junto aos diversos seguimentos da sociedade as ações de prevenção.

Dentro da perspectiva da caracterização das ações do SAMU-192 municipal, no que se refere ao componente CRU, foram avaliados esses atendimentos A.S. associados ao sexo, como mostra a tabela 8.

Tabela 8 – Atendimento SAMU-192 associado ao sexo.

	MASCULINO					FEMININO					Total		
	2007		2008		Var %	2007		2008		Var %	2007	2008	Var %
	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. abs.	007/008
JAN	538	55,93	535	54,98	-0,56	424	44,07	438	45,02	3,30	962	973	1,14
FEV	516	56,89	560	55,94	8,53	391	43,11	441	44,06	12,79	907	1001	10,36
MAR	612	56,93	569	53,78	-7,03	463	43,07	489	46,22	5,62	1075	1058	-1,58
ABR	606	55,96	527	56,91	-13,04	477	44,04	399	43,09	-16,35	1083	926	-14,50
MAI	563	54,98	576	54,91	2,31	461	45,02	473	45,09	2,60	1024	1049	2,44
JUN	586	55,34	511	54,95	-12,80	473	44,66	419	45,05	-11,42	1059	930	-12,18
JUL	587	56,94	556	57,80	-5,28	444	43,06	406	42,20	-8,56	1031	962	-6,69
AGO	626	57,96	538	54,07	-14,06	454	42,04	457	45,93	0,66	1080	995	-7,87
SET	589	54,94	549	54,09	-6,79	483	45,06	466	45,91	-3,52	1072	1015	-5,32
OUT	610	54,03	542	55,99	-11,15	519	45,97	426	44,01	-17,92	1129	968	-14,26
NOV	470	55,95	506	55,00	7,66	370	44,05	414	45,00	11,89	840	920	9,52
DEZ	610	54,95	463	1192	-24,10	500	45,05	364	44,01	-27,20	1110	827	-25,50
Total	6913		6432		-6,96	5459		5192		-4,89	12372	11624	-6,05

Fonte : Autora (2009)

A análise apontou uma frequência absoluta no período estudado de 13.345 atendimentos para o sexo masculino, enquanto o sexo feminino foi de 10.651. Em 2007, uma frequência absoluta de 6.913 do sexo masculino, enquanto em 2008, para o mesmo sexo, uma frequência de 6.432, apresentando uma variação absoluta de -6,96%. No mesmo período, para o sexo feminino, no ano de 2007 observou-se uma frequência absoluta de 5.459, e em 2008 foi de 5.192, apresentando uma variação absoluta de -4,89%. Esses são compatíveis com o perfil epidemiológico no que se refere a essa variável, pois o sexo masculino ainda continua mais exposto às urgências traumáticas, como também às doenças coronarianas.

Referente a essa frequência da exposição masculina a violência por causa externa, vem crescendo a cada dia a mortalidade por violência entre jovens, considerado um fenômeno masculino: nas faixas de 10 a 19 anos, a relação é de cinco homens para uma mulher, e na de 20 a 29 anos é de 9:1 (NOTRAUMA, 2009).

Também um estudo epidemiológico quantificando o Risco de Doença Coronariana mostra a alta prevalência de idosos do sexo masculino (25,2%) no grupo de

risco mais alto, ou seja, risco para a doença arterial coronariana $\geq 30\%$. Essa prevalência entre as mulheres foi bem menor, (4,8%)(SCIELO, 2009).

No componente CRU também foi avaliado o A.S associado à faixa etária, como mostra a tabela.9.

Tabela 9 – Atendimento SAMU-192 associado a faixa etária.

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	Total
< de um ano													
2007(Fre. Abs.)	10	9	11	10	10	10	10	11	11	11	8	11	122
2007(Fre. Rel.)	1,0	1,0	1,0	0,9	1,0	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
2008(Fre. Abs.)	11	14	13	11	12	11	12	10	10	9	9	8	130
2008(Fre. Rel.)	1,1	1,4	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,0	1,0	0,9	1,0	1,0	
Variação %	10,0	55,6	18,2	10,0	20,0	10,0	20,0	-9,1	-9,1	-18,2	12,5	-27,3	6,6
1 a 13 anos													
2007(Fre. Abs.)	67	63	75	76	72	75	72	76	75	80	59	77	867
2007(Fre. Rel.)	7,0	6,9	7,0	7,0	7,0	7,1	7,0	7,0	7,0	7,1	7,0	6,9	
2008(Fre. Abs.)	65	67	71	62	70	63	63	70	71	50	59	57	768
2008(Fre. Rel.)	6,7	6,7	6,7	6,7	6,7	6,8	6,5	7,0	7,0	5,2	6,4	6,9	
Variação %	-3,0	6,3	-5,3	-18,4	-2,8	-16,0	-12,5	-7,9	-5,3	-37,5	0,0	-26,0	-11,4
14 a 19 anos													
2007(Fre. Abs.)	87	81	96	97	93	95	92	97	97	102	75	100	1112
2007(Fre. Rel.)	9,0	8,9	8,9	9,0	9,1	9,0	8,9	9,0	9,0	9,0	8,9	9,0	
2008(Fre. Abs.)	90	93	98	86	98	86	90	89	91	92	88	73	1074
2008(Fre. Rel.)	9,2	9,3	9,3	9,3	9,3	9,2	9,4	8,9	9,0	9,5	9,6	8,8	
Variação %	3,4	14,8	2,1	-11,3	5,4	-9,5	-2,2	-8,2	-6,2	-9,8	17,3	-27,0	-3,4
20 a 39anos													
2007(Fre. Abs.)	385	363	430	434	410	423	412	432	428	451	336	444	4948
2007(Fre. Rel.)	40,0	40,0	40,0	40,1	40,0	39,9	40,0	40,0	39,9	39,9	40,0	40,0	
2008(Fre. Abs.)	392	406	426	371	420	373	386	388	395	402	379	341	4679
2008(Fre. Rel.)	40,3	40,6	40,3	40,1	40,0	40,1	40,1	39,0	38,9	41,5	41,2	41,2	
Variação %	1,8	11,8	-0,9	-14,5	2,4	-11,8	-6,3	-10,2	-7,7	-10,9	12,8	-23,2	-5,4
40 a 59 anos													
2007(Fre. Abs.)	221	209	247	249	235	244	238	248	247	259	194	255	2846
2007(Fre. Rel.)	23,0	23,0	23,0	23,0	22,9	23,0	23,1	23,0	23,0	22,9	23,1	23,0	
2008(Fre. Abs.)	221	230	241	211	239	212	219	229	235	226	214	191	2668
2008(Fre. Rel.)	22,7	23,0	22,8	22,8	22,8	22,8	22,8	23,0	23,2	23,3	23,3	23,1	
Variação %	0,0	10,0	-2,4	-15,3	1,7	-13,1	-8,0	-7,7	-4,9	-12,7	10,3	-25,1	-6,3
> 60 anos													
2007(Fre. Abs.)	192	182	216	217	204	212	207	216	214	226	168	223	2477
2007(Fre. Rel.)	20,0	20,1	20,1	20,0	19,9	20,0	20,1	20,0	20,0	20,0	20,0	20,1	
2008(Fre. Abs.)	194	191	209	185	210	185	192	209	213	189	171	157	2305
2008(Fre. Rel.)	19,9	19,1	19,8	20,0	20,0	19,9	20,0	21,0	21,0	19,5	18,6	19,0	
Variação %	1,0	4,9	-3,2	-14,7	2,9	-12,7	-7,2	-3,2	-0,5	-16,4	1,8	-29,6	-6,9
TOTAL 2007	962	907	1075	1083	1024	1059	1031	1080	1072	1129	840	1110	12372
TOTAL 2008	973	1001	1058	926	1049	930	962	995	1015	968	920	827	11624
Variação %	1,1	10,4	-1,6	-14,5	2,4	-12,2	-6,7	-7,9	-5,3	-14,3	9,5	-25,5	-6,05

Fonte: Autora (2009).

A análise dos A.S. associados à faixa etária mostrou que os atendimentos ocorreram numa frequência maior na faixa etária entre 20 a 39 anos. No período estudado, observou-se 9.627 atendimentos, sendo 4.948 em 2007, e 4.679 em 2008, com uma variação absoluta de -5,4%, seguido da faixa etária entre 40 a 59 anos, com um total de 5.514 atendimentos, sendo 2.846 em 2007, e 2.668 em 2008, com uma variação absoluta de -6,3%. A faixa etária com menor frequência ocorreu em crianças menores de 1 ano, com um total no período de 252 ocorrências, sendo 122 em 2007, 130 em 2008, com uma variação absoluta de +6,6%, foi a única faixa etária que teve uma variação positiva.

Dentro das variáveis estudadas no componente CRU avaliaram-se os dias e turnos com maior pico de atendimento, como mostra o tabela 10.

Tabela 10 – Dias e turnos da semana com maior pico de atendimento no SAMU-192.

Dias da Semana	MT					SN					Total 2007	Total 2008	Var %
	2007		2008		Var %	2007		2008		Var %	MT + MS	MT + MS	007/008
	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. rel %	F. abs.	F. rel %	007/008	F. abs.	F. abs.	
Segunda Feira	1111	17	1290	20,68	16,11	711	11,87	616	11,57	-13,36	1822	1906	4,61
Terça Feira	840	13	740	11,86	-11,90	555	9,26	523	9,83	-5,77	1395	1263	-9,46
Quarta Feira	483	8	476	7,63	-1,45	754	12,59	724	13,60	-3,98	1237	1200	-2,99
Quinta Feira	703	11	764	12,25	8,68	840	14,02	690	12,96	-17,86	1543	1454	-5,77
Sexta Feira	910	14	856	13,72	-5,93	1054	17,59	991	18,62	-5,98	1964	1847	-5,96
Sábado	1067	17	986	15,81	-7,59	1124	18,76	1060	19,91	-5,69	2191	2046	-6,62
Domingo	1267	20	1126	18,05	-11,13	953	15,91	719	13,51	-24,55	2220	1845	-16,89
Total	6381	100,00	6238	100,00	-2,24	5991	100	5323	100	-11,15	12372	11561	-6,56

Fonte: Autora (2009).

A análise do gráfico apontou no período estudado um maior número de ocorrências nos dias de segunda-feira, durante o dia, 2.401, sendo 1.111 em 2007, e 1.290 em 2008, tendo destaque os finais de semana a partir da sexta-feira à noite até domingo durante o dia, sendo essa característica comum nos anos de 2007 e 2008. Observou-se na sexta-feira à noite no período uma frequência de 2.045, sendo 1.054 em 2007, e 991 em 2008; enquanto durante o dia de sábado no período foi de 2.053, sendo

1.067 em 2007, e 986 em 2008; observou-se uma maior frequência no sábado à noite, tendo 1.060 em 2008, e 1.024 em 2007; chamou atenção a frequência do domingo durante o dia, que em 2007 foi de 1.267, enquanto 2008 foi de 1.189.

Diante da análise dos dados, percebeu-se que o final de semana tem uma influência direta no número de ocorrências do serviço, seguido da segunda-feira durante o dia. Na análise documental, observou-se que esses atendimentos estavam relacionados ao uso da bebida alcoólica, ao número de trauma, ao não uso correto da medicação, provavelmente algumas pessoas não utilizam o anti-hipertensivo, o hipoglicemiante, levando também às complicações clínicas. Essas ações refletem também na segunda-feira durante o dia. Outro ponto observado na segunda-feira durante o dia: há grande número de pessoas fazendo feira, as quais vêm da zona rural e cidades circunvizinhas, sendo observado que muitas dessas ocorrências acontecem no centro de abastecimento, espaço de feira livre que absorve um grande número de comerciantes e feirantes, como também compradores.

Esses elementos analisados a partir dos dados do sistema de regulação SAMU, da análise documental e observação sistematizada, quando cruzados com as abordagens quantitativa e qualitativa foram importantes para conhecimento e caracterizações de ações mais específicas, como também percepção dos limites e perspectivas de avanço para o Serviço dentro do cenário municipal e estadual.

6.2.2 Componente 2: Educação Permanente para os Profissionais do SAMU-192

O SAMU-192, enquanto componente da PNAU é um grande observatório da saúde no contexto municipal, o seu envolvimento direto com os outros serviços da rede e com todas as áreas das urgências faz-se necessário o fortalecimento do 4º eixo dessa Política que diz: Qualificação e educação permanente das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, através do núcleo de educação em urgência.

Dentro dessa perspectiva percebeu-se na observação sistematizada, como também na análise documental que o núcleo de educação permanente era muito dinâmico e atuante nesse serviço. Observou-se na rotina diária o uso de protocolos médicos, enfermagem e operacionais, não apenas como um instrumento obsoleto, mas

como norteador das ações, buscando sempre novas adaptações a realidades vividas. Outro instrumento rico que contribuiu para o estudo foi o prontuário funcional (ANEXO), além dos instrumentos de discussão de casos (ANEXO) e acompanhamento e supervisão das ações (ANEXO).

Para avaliação desse componente foram trabalhados alguns elementos eleitos como imprescindível para a qualificação das ações, que seria os profissionais estarem capacitado como orienta a Portaria GM nº. 2.048. Além de se confrontar com os critérios dessa Portaria também se buscou outros dispositivos específicos da realidade municipal que contribuiriam para a qualificação dos profissionais e consequentemente para o processo das ações.

Os dados avaliados estão expressos no quadro 19.

Educação Permanente	2007	2007	2008	2008
Profissionais que receberam capacitação de Imersão	n=148	100%	n=148	100%
Profissionais que receberam capacitação módulo intermediário:				
Coordenações	n= 4	100%	n= 4	100%
Médicos	n= 6	26,09%	n= 5	21,74%
Enfermeiros	n=5	62,5%	n=4	50%
Tec/aux de enfermagem	n=36	80%	n=34	75,56%
Condutor	n=27	81,82%	n=24	72,73%
TARM	n=15	33,33%	n=15	33,33%
Operador de Frota	n= 5	100%	n=5	100%
Profissionais capacitados para multiplicadores	n=3	33,3%	n=1	33,3%
Médicos	n=3	100%	n=2	66,66%
Enfermeiros				
Profissionais com capacitação permanente				
Médicos	n=15	65,22%	n=13	56,52%
Enfermeiros	n=7	87,5%	n=6	75%
Tec/aux de enfermagem	n=40	88,89%	n=37	82,22%
Condutor	n=30	90,91%	n=26	78,78%
Profissionais que participaram de discussão de caso clínico				
Médicos	n=15	65,22%	n=12	52,17%
Enfermeiros	n=8	100%	n=6	75%
Tec/aux de enfermagem	n=38	84,44%	n=35	77,78%
Condutor	n=29	87,88%	n=24	72,73%
Profissionais que participaram de simulados	n=6	28,57%	n=5	21,74%

Médicos	n=5	62,5%	n=4	50%
Enfermeiros	n=29	64,44%	n=26	57,78%
Téc/aux de enfermagem	n=25	75,75%	n=23	69,7%
Condutor				

Fonte: Criado pela autora

Quadro 18: Educação permanente para os profissionais do SAMU 192

A análise de dados colhidos mostrou que 100% dos profissionais realizaram capacitação de imersão para iniciarem suas atividades no Serviço. Foi observado durante todo o período estudado, tanto no ano de 2007, como em 2008. No que se refere à capacitação módulo intermediário apenas as categorias coordenações e operador de frota foram 100% capacitados nos anos de 2007 e 2008. Percebeu-se que a categoria TARM manteve a média de capacitação intermediária (33,33%) nos anos de 2007 e 2008, as demais categorias houve uma menor frequência referente à capacitação, pode relacionar-se a troca de profissionais ocorrida no período.

O elemento profissionais capacitados para multiplicadores, observou-se que foi realizada exclusivamente para 3 profissionais médico, e 3 profissionais enfermeiros, essa capacitação foi realizada em 2006, portanto nos anos estudados a frequência relativa foi de 33,33% para médicos em 2007, no mesmo período de 100% para enfermeiros, enquanto em 2008 permaneceu de 33,33% para médicos, e enfermeiro caiu para 66,66%, informaram que nos anos de 2007 e 2008 esse módulo de capacitação não foi oferecido a nível estadual.

O elemento profissionais com capacitação permanente foi considerado capacitado o profissional que tivesse no máximo duas faltas consecutivas referentes as capacitações de rotina. O Serviço tem um programa de capacitação continuada onde realizam encontros quinzenais, e são registrados nos prontuários funcionais. Observou-se uma discreta diminuição da participação em 2008 por todas as categorias de um modo geral, porém tanto em 2007 quanto em 2008 percebeu-se que os critérios foram atingidos pelas categorias profissionais, ficando numa média acima de 80% em 2007, enquanto em 2008 a cima de 70%, apenas a categoria médica que não alcançou o parâmetro estabelecido houve uma frequência de 65,22% em 2007, média considerada boa, enquanto em 2008 caiu para 56,52%, considerando que foi o ano desde a sua implantação que houve o maior remanejamento dessa categoria profissional.

O elemento discussão de caso clínico foi considerado capacitado o profissional

que contemplasse o critério estabelecido, que foi uma participação de pelo menos 60%. Observou no ano de 2007 que todas as categorias profissionais alcançaram os critérios, enquanto em 2008 apenas a categoria médico não alcançou os parâmetros, porém manteve uma boa participação com frequência relativa de 52,17%.

O elemento profissionais que participaram de simulados teve como parâmetro a participação com uma frequência de 30%, observou-se uma participação importante em todas as categorias com uma frequência a partir de 62% em 2007, e a partir de 50% em 2008, apenas a categoria médico não contemplou os parâmetros estabelecidos, ficando em 2007 foi uma frequência de 28,57%, enquanto em 2008 foi de 21,74%.

Percebeu-se a importância desse componente dentro do processo das ações, porém percebeu-se que a sistematização como é desenvolvida, com várias atividades, reuniões, aulas, discussão de casos, simulados e acompanhamento dessas atividades exige muito tempo e dedicação por parte da gerência e equipe. Apesar da manutenção da qualidade no desenvolvimento das ações, percebeu-se a necessidade de estratégias para o nível de adesão em parâmetros mínimo de qualidade.

6.2.3 Atendimento Pré-hospitalar Móvel no Local da Cena com remoção para Unidade de Referência

O SAMU 192 inicia suas ações no momento que o usuário aciona o serviço através do 192. A partir desse pedido de ajuda são direcionadas todas as atividades, as quais se complementam no momento que a equipe chega ao local do cenário. Nesse momento são operacionalizados os princípios do SUS da resolubilidade e integralidade das ações, quando ocorre a referência do usuário trabalha a integralidade dos serviços.

Chegando ao cenário em menor tempo possível inicia a abordagem sistematizada a vítima. Esse atendimento na cena foi avaliado a partir do quadro 20.

Atendimento Pré-hospitalar	2007	2008
Usuários que receberam abordagem primária no local da cena conforme protocolo técnico	n=11.673 94,35%	n=10.624 91,4%
Usuários que receberam abordagem secundária pela equipe do SAMU 192 conforme protocolo	n= 9.123 73,74%	n= 9.172 86,33%
Usuários que receberam assistência no local da cena	n=11.840	n=11.129

	95,7%	95,74%
Usuários referenciados as unidades de saúde conforme protocolo	n=10.639 85,99%	n=11.624 88,43%

Fonte: Criado pela autora

Quadro 19: Atendimento Pré-hospitalar Móvel no local da Cena com remoção para unidade de referência.

A análise dos dados mostrou que no período estudado 22.297 pessoas receberam abordagem primária no local da cena conforme protocolo técnico, sendo 11.673 em 2007 com uma frequência relativa de 94,35%, e em 2008 foram 10.624, com frequência relativa de 91,4%. Observou-se uma adequação aos parâmetros estabelecidos os quais contribuem para a qualificação dos A.S. Referente aos dados dos Usuários que receberam abordagem secundária pela equipe do SAMU 192 conforme protocolo apontaram que 18.295 receberam essa abordagem, 9.123 em 2007, com uma frequência relativa de 73,74%, enquanto em 2008 foram 9.172 e a frequência relativa foi de 86,33%, apontam que contemplou os critérios estabelecidos; no que se refere a assistência no local do cenário 22.969 pessoas receberam essa assistência adequada, sendo 11.840 em 2007, e a frequência relativa foi de 73,74%, enquanto em 2008 foram 11.129 A.S, e a frequência relativa foi de 95,74%; no que se refere a remoção de saúde conforme protocolo observou que nos dois manteve-se parâmetros acima de 85%. A observação sistematizada no local do cenário como também a análise documental percebeu-se que os registros incompletos tinham uma relação estreita com as urgências de saúde mental onde havia agressividade da vítima com equipe, não permitindo a aproximação adequada da equipe; ou ainda vítimas em uso excessivo de bebida alcoólica ou drogas ilícitas as quais as vítimas encontravam-se agressiva. Outros registros não foram encontradas justificativas para não uso dos protocolos durante esse processo das ações.

Observou-se nos registros analisados como durante a observação da atuação das equipes no cenário uma preocupação com o fortalecimento do 5^a eixo da PNAU o qual discorre sobre a humanização nos atendimentos as urgências, essa conduta pode está relacionada com o processo de capacitação das equipes, onde foi observado o usuário como centro do cuidado o qual se encontra na maior fragilidade possível e não houve escolha para vivenciar esse momento, enquanto o profissional faz a escolha para trabalhar no pré-hospitalar móvel e sabendo que pode “experimentar”, “vivenciar” as

situações mais adversas possíveis.

Percebeu-se ainda o fortalecimento das ações de prevenção no cenário que envolvia desde a segurança da equipe, do usuário e população que encontrava-se próximo, como também prevenção das possíveis complicações dentro do contexto da atuação, essas condutas contribuíram para a qualificação das ações, percebendo também a necessidade e envolvimento para fortalecer os pontos positivos e minimizar os negativos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É inegável a importância do SAMU 192 no contexto do sistema de saúde municipal, visto que esse Serviço funciona como um elo fundamental entre os componentes da PNAU. Nessa perspectiva enquanto Serviço pré-hospitalar móvel, que é um ordenador do fluxo das urgências, deve desenvolver suas ações a partir dos eixos que dão sustentação a essa Política.

Para que o SAMU 192 seja uma grande porta de entrada das urgências no sistema de saúde local, fortaleça a universalidade do acesso e responda as demandas das urgências, faz-se necessário a funcionalidade da rede assistencial conforme as prerrogativas do SUS e da PNAU, pois o SAMU enquanto elo é parte inicial e meio na estabilização das urgências.

As contribuições da legislação e das normatizações do MS para a organização e estabelecimento de financiamento para implantação do SAMU 192 são indiscutíveis. No entanto, existe um distanciamento desse financiamento na implementação do Serviço como um vazio ainda maior, na organização e financiamento dos demais componentes da PNAU. Vazio esse atravessado por diversos problemas, que muitas vezes, para onde são direcionados os usuários no momento de grande fragilidade e uma demanda que não pode esperar, não há respostas que muitas vezes acabam por comprometer o acesso do usuário a rede das urgências e não há uma resposta adequada no sistema de saúde.

Haja vista um padrão de qualidade no período estudado e uma melhora visível da população na busca do uso desse serviço, observou-se que não existiu uma implementação da estrutura, no tocante ao número das unidades móveis e equipes dessas unidades. Nesse sentido, para o SAMU 192 fazer cumprir a sua função articuladora, ordenador do fluxo da urgência, prestar socorro a urgência de qualquer natureza no menor tempo possível e manter a qualificação das equipes, como também ser garantido ao usuário a continuidade do tratamento com qualidade é necessário investimentos por parte das esferas de governo.

No entanto, em meio às demandas internas observou-se um fluxo organizacional coerente, com ações gerenciais decisivas na tentativa de suprir as demandas não

respondidas a nível macro. Percebeu-se que a pesar do Serviço manter uma estratégia de educação e capacitação continuada, não houve nenhum investimento das esferas estadual e federal. A educação permanente das equipes é uma prerrogativa descrita no capítulo VII da Portaria GM nº. 2.048 de 05 de novembro de 2002, inclusive previsto transferências de recurso financeiro federal para cada esfera estadual na tentativa de implantação dos NEU (Núcleo de Educação em Urgências) em cada estado.

Em relação à solução de informação do sistema de regulação SAMU perceberam-se fragilidades de informações a respeito de relatórios gerenciais que são necessários as demandas e acompanhamento das ações. Dentro da realidade desse sistema não se consegue extrair o tempo resposta das equipes, indicador fundamental para avaliar a qualidade do Serviço, além de outras informações que foram necessárias coletas manuais. Sinalizaram-se já algumas necessidades de novas demandas para melhoria da qualidade.

Outra demanda importante percebida durante o processo foi a relação com os outros serviços móveis (CB, PM, PRF, PRE, SMT), e da rede assistencial que vem se fortalecendo, porém em outros momentos percebe-se fragilidades no andamento das ações. Nesse contexto observou-se que o Serviço buscou momento de reuniões em nível do Comitê Municipal de Atenção às Urgências, capacitação em saúde para os profissionais dessas instituições na tentativa de fortalecer as relações.

Nesse aspecto, percebe-se uma necessidade na tentativa de operacionalizar os eixos da PNAU a nível macro, desde estratégias que combatam as causas das urgências, organização da rede de serviços (pré-hospitalar fixo, móvel, hospitalar e pós-hospitalar), regulação das urgências com poder de decisão junto a rede de serviços, qualificação profissional em todos os níveis da atenção até a humanização dos profissionais e serviços.

Nessa perspectiva, haveria uma tentativa de organização da rede de serviços em todos os níveis da atenção, e conseqüentemente fortalecimento das ações, com diminuição das demandas das urgências de qualquer natureza como também das sequelas e obituário.

7.1 Possibilidades de intervenções e melhorias no SAMU 192 no município de Feira de Santana-BA

Apesar de manutenção da qualidade do Serviço e avanços importantes no processo de avaliação do SAMU 192 estudado, entre eles: a presença de protocolos técnicos e operacionais dinâmicos e atualizados, fato que facilitou a atenção dos profissionais aos usuários no momento de ajuda via telefone, como também a assistência no local do cenário; a presença de uma CRU fortalecida e atuante segundo critérios da regulação, porém com apenas uma USA para uma população maior que o parâmetro; presença de capacitação continuada; estrutura física boa; unidades móveis em boa conservação, realidade muitas vezes até diferenciadas de outros municípios brasileiros, porém esbarra suas ações em questões que dependem do sistema como um todo.

Diante das constatações proporcionadas pela avaliação por triangulação de métodos algumas sugestões de intervenção podem ser feitas no sentido de modificar a realidade e realizar melhorias nas ações do SAMU 192 estudado.

Em relação à estrutura física onde há cobertura para apenas 50% das unidades móveis, não local adequado para armazenar cilindro de oxigênio e não auditório compatível com o quantitativo de funcionários, sugeriu o encaminhamento do projeto- que já existe e contempla as duas primeiras demandas sinalizadas- para o novo gestor municipal com justificativa escrita dessa necessidade. Referente à terceira demanda já está sendo contemplada com na construção do complexo regulador onde o auditório será ampliado.

Em relação ao número de unidades móveis (USB e USA), sugeriu-se a realização de um documento para o MS justificando a necessidade de ampliar o número de unidades móveis e nesse documento não considerar apenas o critério populacional, mas contextualizar com a área de abrangência que é coberta, as características peculiares do município, como também o perfil epidemiológico municipal, junto a esse documento anexar os atendimentos realizados como também a demanda que ficou na espera por falta de unidades móveis.

Em relação ao sistema de regulação SAMU, sugeri que dados essenciais para avaliação das ações fossem gerados, encaminhar essa demanda para o DATA SUS para possíveis mudanças.

Percebeu a necessidade de dar continuidade e fortalecer as capacitações, como também a manutenção da qualidade durante o atendimento pré-hospitalar no local do cenário. Enfim o SAMU 192 de Feira de Santana vem caminhando numa perspectiva de construção das ações com qualificação, porém necessita de adequações estruturais, sem perder de vista a questão de fortalecimento da rede de serviços, para que o processo se movimente com segurança e atinja com qualidade o objetivo proposto que é salvar vidas em todos os níveis de atenção em parcerias com os diversos setores e serviços.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Selma M. ; SOARES, Darli Antonio; CORDONI JÚNIOR, Luiz (orgs). **Bases da Saúde**. Londrina/Rio de Janeiro; ABRASCO, 2001.

ASSIS, Marluce Maria Araújo *et al.* **Análise de dados qualitativos em saúde**: uma experiência qualitativa de classificação. In: Stientibus, Feira de Santana, n. 18, p. 67-74, jan./jun. 1998.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, n.1, 2001.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília**: Senado Federal, 1988.(a)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 2.048, de 5 de novembro de 2002**.(b)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 1.863, de 29 de setembro de 2003**, Institui a Política Nacional às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. (c)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº. 1.864, de 29 de setembro de 2003**, Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192. (d)

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria GM nº. 2.072, de 30 de outubro de 2003**, Institui o Comitê Gestor de Atenção às Urgências.(e)

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria GM nº. 1.828, de 2 de setembro de 2004**, Institui o incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo território nacional.(f)

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria GM nº. 2.657, de 16 de dezembro de 2004**.(g)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências/Ministério da Saúde** – 3. ed.ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.(h)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Título da Matéria**. Disponível em : < <http://www.saude.gov.br/samu>>. Acesso em: 15 out 2007.(i)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação Médica das Urgências** – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COELHO, Thereza Christina Bahia . **O Processo de Trabalho em Saúde**. Revista de Saúde Coletiva da UEFS, Feira de Santana, v. 1, n. 1, p. 121-127, 2002.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n. 2, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde**. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, Amélia. **A saúde na Previdência Social e na Seguridade social: antigos estigmas e novos desafios**. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

COHN, A. **A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios**. In: COHN, A; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

CHEN TH. **Theory-driven evaluations**. Beverly Hills: Sage; 1990.

NAEMT, Comitê do PHTLS da National Association of Emergency Medical Technicians em cooperação com o Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões. **Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado**. Editora Elsevier, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. **Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos**, In Hartz, Z. M. A. (org). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1997.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. R. **Sistema Único de Saúde: princípios**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. *Gestão municipal de saúde: textos básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2000.

DAVID, H. M. S. L.; **Atores, Cenários, Regulação: Notas sobre a Atenção em Urgência e Emergência no setor de Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro. UFRJ, 2002.

DESLANDES, S. F. **Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde**. *Cad. Saúde Pública* vol.13 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1997.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assesment an Monitoring**, vol. I. Ann Arbor, Michigan: Health Admisitration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. **La capacidade de la atención médica: definición e métodos de evaluacón**. México: La prensa Médica Mexicana, 1984.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**. 114, p.1115-1118, 1990.

ESPERIDIÃO, M. **Avaliação da satisfação de usuários**: considerações teórico-conceituais metodológicas. Dissertação (Mestrado) ISC, UFBa, 2004.

FACHIN, Odília. **Fundamentos da metodologia**. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FS ONLINE. **Fotos de Feira de Santana**. Disponível em: <www.fsonline.com.br>. Acesso em: 14 fev 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.IBGE. 2006. **Informações sobre os municípios brasileiros**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em: 30 ago 2008.

LOPES, S.L.B.; FERNANDES, R.J. **Uma Breve Revisão do Atendimento Médico Pré-Hospitalar**. Medicina, Ribeirão Preto, 32; 381-387, out./dez.1999. Disponível em: <www.fmrp.usp.br/revista/1999/vol32n4/>. Acesso em 02 de nov. 2007.

LUCKESI, Carlos et al. **Fazer universidade**: uma proposta metodológica. 10 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MARTINS, P. P. S.; **Atendimento pré – hospitalar**: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis/ Pedro Paulo Scremin Martins; Florianópolis, 2004

MATUS, Carlos. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993, p. 9-80.

MEDINA, M. G. et al. **Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde**: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M(Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Salvador: FIOCRUZ. 2005. p. 15-39.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Hermenêutica dialética como caminho do pensamento social**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, M. C. de S. (org). ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 244p.

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

NOVAES, H. M. D.; **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, S.P, Brasil, 2000.

NORONHA, C. V. ; ALMEIDA, P. H.; SANTOS, L. D. **Violência e Saúde:** magnitude e custos dos atendimentos de emergência na cidade de Salvador, Bahia, UFBA/ISC/DFID/SESAB 2003.

PRADO, M. L.; MARTINS, P. P. S. **Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar:** descaminhos e perspectivas. Ver. Brasileira de Enfermagem; Brasília, v. 56, n.1, p. 71-71, jan./fev. 2003.

PRADO, M. L. do. **Caminhos Perigosos:** violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito. Pelotas: Universitária, 1998.

PROJETO TRAUMA -2005-2025. **Sociedade, violência e trauma.** Publicado por Paulo Pepulim . Disponível em:
<<http://notrauma.blogspot.com/2007/10/epidemiologia-do-trauma.html>>. Acesso em: 15 fev 09.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia Teórica e Prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1995.

RIVERA, F.J. **Agir comunicativo e planejamento social:** uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

ROUQUAYOROL, M.Z., FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde.** São Paulo, Editora Médica e Científica, 1999.

SCHERER, M.D.A et al. **Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde:** reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. Interface – Comunicação, Saúde e Educ., v.9, n.16, p.53-66, set.2004/fev. 2005.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Feira de Santana). **Projeto SAMU-192:** APH Móvel 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Feira de Santana). **Plano Municipal de Regulação da Média Complexidade.** Feira de Santana, 2003.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (Feira de Santana). **Relatório do Plano Municipal de Saúde.** Feira de Santana, 2006.

SOUTO, M.I.D., MARTINS, S. **Manual de Emergências Médicas:** Diagnóstico e Tratamento. Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2004.

SOUZA, L. E. P.F. et al. **Conferência de consenso sobre a imagem-objeto da descentralização da atenção à saúde no Brasil.** In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M(Orgs.). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e

sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: Salvador. 2005. p. 65-102.

SOUZA, Renilson Rubem de. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. In: PIERANTONI, Célia Regina; VIANNA, Cid Manso de M. (Org). Gestão de sistemas de saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Cadernos de Saúde pública, Rio de Janeiro, v. 20, n.2, abr./jun. 2004.

TRIVIÑOS, Augusto Nivalbo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. IN: HARTZ,Z.M.A. ; VIEIRA-DA-SILVA, L.M (Orgs). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.15-39.

VUORI, H. **Estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde**. Seminário de Avaliação dos serviços de saúde – Aspectos metodológicos, OPAS. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil, 1988.

APÊNDICES



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE A

Roteiro da observação sistemática no SAMU 192

A base do SAMU 192 possui:

	SIM	NÃO
Instalação física própria?	()	()
Sala de Coordenação Geral?	()	()
Sala de Coordenação Médica, Enfermagem e Administrativa?	()	()
Sala de Regulação?	()	()
Proporção de unidades móveis adequadas em relação aos recursos humanos disponíveis?	()	()
Proporção de unidades móveis adequadas em relação A população e área de abrangência a ser atendida?	()	()
Viatura de intervenção rápida?	()	()
Auditório?	()	()
Local de repouso das equipes?	()	()
Central de Material Esterilizado?	()	()
Sala de descompressão para as equipes?	()	()
Local coberto para permanência das ambulâncias?	()	()
Local de lavagem das ambulâncias?	()	()
Local de lavagem das ambulâncias coberto?	()	()
Destino adequado da água após lavagens	()	()

das ambulâncias conforme exigência
da Vigilância Sanitária?

Local adequado para lavagem de Prancha Rígida e KED?	()	()
Local adequado para Armazenar cilindro de oxigênio?	()	()
Almoxarifado que contemple as necessidades do serviço?	()	()
Local com sistema de ar condicionado para armazenar: Medicamentos, soros e soluções?	()	()
Fluxo interno das ambulâncias adequado?	()	()
Check List de controle de materiais e equipamentos dentro das ambulâncias?	()	()
Registro por turno desse Check List?	()	()
Organização adequada na disposição de materiais, medicamentos e equipamentos nas unidades moveis favorecendo a seqüência de atendimento as vítimas?	()	()
Incubadora de transporte?	()	()



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE B

Roteiro da observação sistemática da Sala de Regulação de Urgência SAMU 192

Sala de Regulação Possui:

	SIM	NÃO
Terminal 192 específico para cada categoria profissional: TAR, médico regulador e O.F por turno?	()	()
Na sala no mínimo 03 TAR por turno?	()	()
Médicos Reguladores em permanência 24h?	()	()
Outra linha telefônica, além dos terminais 192?	()	()
Mapas das áreas de risco no município?	()	()
Mapas Viários?	()	()
Binner de identificação de chamada em todos os aparelhos telefônicos?	()	()
Profissionais com Red Fone individual? () Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria	()	()
Profissionais que trabalham com o Red Fone? (x) Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria	()	()
Grade de referência para urgências?	()	()
Protocolos técnicos e assistenciais?	()	()
Plano de atendimento a acidente com múltiplas vítimas?	()	()

Plano de atendimento a catástrofes?	()	()
Lista telefônica de todas as unidades de saúde da rede? () Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria	()	()
Lista de telefone de todas as unidades de referência para urgência/emergência? () Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria	()	()
Telefone de contrato do Corpo de Bombeiro, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Rodoviária Estadual, Polícia Militar e Defesa Civil?	()	()
Sistema informatizado para atendimento funcionando?	()	()
Sistema de gravação das ligações?	()	()
As ligações gravadas? () Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria	()	()
Rádio de comunicação fixo?	()	()
Sistema de som interno?	()	()
Backup contínuo das gravações?	()	()
O backup permanece:		
(x) 1 mês		
() 3 meses		
() 6 meses		
() 9 meses		
() 1 ano		
() mais de 1 ano. Quanto tempo: _____		
Nobreak para manutenção do sistema funcionando na falta de energia elétrica? () Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria	()	()
Linguagem específica do rádio?	()	()



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE C

Roteiro da observação sistemática das unidades móveis do SAMU 192

As unidades móveis possuem:

	SIM	NÃO
Contrato de manutenção com empresa autorizada?	()	()
Programação de revisão a cada 10.000 km rodado. Acontece: () Sim, na maioria; (x) Sim, algumas; () Não, há falta da maioria	()	()
Condições segura de uso para equipe e população	()	()
Rotina de desinfecção terminal semanal	()	()
Programação diária de abastecimento	()	()
Check list compatível com a realidade/operacional	()	()
Equipamentos preconizados na portaria 2048? (Apêndice G) () Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria	()	()
Medicamentos preconizados na portaria 2048? (Apêndice G) () Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria	()	()
Materiais e medicamentos acondicionados adequadamente.	()	()
Protocolos técnicos médicos, enfermagem e operacionais? () Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria	()	()
Protocolos acessíveis aos profissionais?	()	()
100% dos seus profissionais capacitados em PHTLS (Prehospital Trauma Life Support)? (x) Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria	()	()
100% dos Profissionais capacitados por	()	()

núcleos de educação em urgências?

(x) Sim, na maioria; () Sim, alguns; () Não, há falta da maioria

Organização interna que facilita a sistematização da assistência

()

()



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE D

Instrumento de coleta de dados

Categorial; Técnico Auxiliar de Regulação Médica (TARM)

Profissional: _____

Sexo: F() M() Idade: _____ Tempo de serviço no SAMU: _____

Observação: _____ Data: ___/___/___

1) Registro da demanda do usuário pelo TAR

- () nome completo da vítima
- () número de vítimas
- () queixa principal
- () endereço completo com ponto de referência

1.1) Como são registradas as informações fornecidas pelo usuário no prontuário eletrônico?

- () completas
- () incompletas;
 - () TAR não perguntou
 - () usuário não quis falar
 - () TAR não conseguiu ouvir devido barulho, ligação ruim
 - () usuário não conseguiu falar
 - () usuário não sabia essas informações
 - () outros, _____

1.2) Tempo de preenchimento

Início: _____ término: _____ Tempo total _____

Impressão do
observador: _____



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE E

Instrumento de coleta de dados

Categorial; Operador de frota

USA () USB ()

Profissional: _____

Sexo: F() M() Idade: _____ Tempo de serviço no SAMU: _____

Observação: _____

Data: ___/___/___

1) Controle do fluxo das unidades móveis pelo operador de frota.

- aciona as equipes pelo rádio
- aciona as equipes pelo telefone
- aciona as equipes pelo sistema interno de som

1.1) Como o operador gerencia o fluxo das unidades móveis?

- registra o horário que aciona a equipe móvel para sair da base
- registra o horário que a equipe saiu da base
- registra o horário que a equipe chegou ao local da cena
- registra o horário que a equipe saiu da cena
- registra o horário que a equipe chegou a unidade de referência
- registra o horário que a equipe saiu da unidade de referência
- registra o horário que a equipe chegou a base

1.2) Quais as dificuldades encontradas?

- sistema de rádio não funcionou no momento
- equipe encontra-se em área de sombra para rádio e telefone
- fluxo intenso das unidades móveis
- outros, _____

Impressão do
observador: _____



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE F

Instrumento de coleta de dados

Categorial; Médico Regulador

Profissional: _____

Sexo: F () M () Idade: _____ Tempo de serviço no SAMU: _____

Observação: _____ Data: __/__/__

1) Realização da classificação de risco da demanda do usuário pelo médico regulador

- questiona qual a queixa
- questiona sobre nível de consciência
- questiona se fala, respira, se sente dor
- questiona se é portador de alguma patologia
- outros questionamentos
- envia USB ou USA sem questionamentos
- faz algum tipo de orientação
- não orienta, apenas envia unidade móvel

1.1) Quais critérios utilizados para envio de unidade móvel

- critério clínico com base no protocolo do SAMU 192
- comoção social
- outros, _____

1.2) Quais as dificuldades encontradas

- informante não colabora
- sistema de telefonia ruim
- muito barulho no local da cena
- informante longe da vítima
- outros, _____

1.3) Quais critérios de encaminhamento a unidade de referência

- critérios clínicos conforme protocolo do SAMU 192

- () equipe incompleta em unidade de referência
() profissional da unidade de referência não recebeu usuário
() outros, _____

Impressão do
observadr: _____



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE G

Instrumento de coleta de dados

Observação no local da cena

Equipe: () USB _____

() USA _____

Observação: _____

Data: ___/___/___

- 1) Abordagem e assistência à vítima no local da cena com remoção para unidade de referência

() vítima removida

() vítima não removida, _____

- 1.1) Como é a abordagem primária a vítima no local do cenário?

() segue protocolo de atendimento

() abordagem humanizada

() valoriza informação do usuário e familiares

() outros, _____

- 1.2) Posicionamento da equipe:

Condutor:

Observação: _____ Sexo: F () M () Idade: _____

Tempo de Serviço no SAMU: _____

Técnico de enfermagem:

Observação: _____ Sexo: F () M () Idade: _____

Tempo de Serviço no SAMU: _____

Enfermeiro:

Observação: _____ Sexo: F () M () Idade: _____

Tempo de Serviço no SAMU: _____

Médico:

Observação: _____ Sexo: F () M () Idade: _____

Tempo de Serviço no SAMU: _____

Impressão do
observador: _____



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

APÊNDICE H

Termo de consentimento livre e esclarecido

A Universidade Estadual de Feira de Santana-Ba (UEFS), mediante a coordenação da professora e pesquisadora responsável Thereza Cristina Bahia Coelho e da participação da pesquisadora, a estudante do curso de Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS Maiza Sandra Ribeiro Macedo Silva, elaboraram o projeto de pesquisa Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) em Feira de Santana –BA: Estrutura, Processo e Resultado com o objetivo de avaliar a implementação desse Serviço em Feira de Santana, BA , como também observar e descrever as ações desenvolvidas pelo SAMU 192. Esta pesquisa poderá possibilitar a elaboração de propostas e estratégias que irão contribuir para o conhecimento mais aprofundado das ações desenvolvidas por esse Serviço, suas relações com diversos setores, serviços e sujeitos sociais do município feirense, e respaldar futuras propostas de adequação e planejamento dos serviços de emergência pré hospitalar móvel. Para coletar os dados serão necessários a observação das atividades dos trabalhadores de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), bem como a realização de análise de documentos utilizados como: Relatório com número de atendimentos, Manual de normas de funcionamento, Protocolo de normas técnicas e operacionais, Sistema de informação e Ficha de atendimento ao usuário. Caso tenha interesse em participar desta pesquisa, não terá quaisquer gastos financeiros, também será garantido a não identificação da sua pessoa, a observação será realizada, de acordo com o seu consentimento, em local e horário e horário de trabalho, preservando o sigilo e confidencialidade das ações observadas. Também será respeitada a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural e espiritual, sendo indenizado caso aconteça qualquer dano imediato ou tardio. Afirmamos que os possíveis riscos desta pesquisa poderão ser relacionados às questões relativas a dificuldades de relacionamento entre a pesquisadora e o sujeito participante do estudo, e também em relação às questões a serem respondidas na entrevista caso lhe traga alguma dificuldade, timidez ou vergonha em respondê-los. É importante também informar que, caso não queira responder a uma ou mais questões ou, até mesmo, não tenha interesse em continuar sua participação na pesquisa, é um direito seu, sem qualquer agravante ou aborrecimento para as pesquisadoras. Os resultados obtidos dessa observação deverão ser utilizados para a dissertação de Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, divulgação, apresentação e debate junto aos gestores, aos trabalhadores e usuários deste município. Além disso, os resultados também poderão ser utilizados na publicação em revistas científicas, livros, seminários, simpósios, entre outros. Informamos que as entrevistas gravadas serão guardadas durante cinco anos, mantido sob a responsabilidade da pesquisadora colaboradora, devendo ser destruídas após este prazo. Lembramos que, em qualquer momento você como entrevistado poderá pedir

esclarecimentos sobre a pesquisa ou até mesmo ouvir sua entrevista, devendo comunicar com as pesquisadoras que poderão ser encontradas de segunda às sextas-feiras no Departamento de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UEFS, VI módulo, NUSC, Km 03, BR 116, Campus Universitário em Feira de Santana, cujo telefone é (75) 3224- 8162. Tendo sido informado sobre a pesquisa, caso concorde em participar, deverá assinar este termo em duas vias, por livre vontade, ficando com uma cópia do mesmo e a outra com as pesquisadoras.

Feira de Santana, ----- de ----- de 2008.

Assinatura do entrevistado

Thereza Cristina Bahia Coelho
(Pesquisadora responsável)

Maiza Sandra Ribeiro Macedo Silva
(Pesquisadora colaboradora)

ANEXOS