



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

Laudiceia Rodrigues Crivelaro

**Avaliação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
da Rede de Urgência e Emergência da Rede de Atenção à
Saúde - 09: estudo multimétodos**

**Tese apresentada ao Curso de Doutorado,
Programa de Pós-graduação em
Enfermagem, da Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu,
para obtenção do título de Doutora em
Enfermagem.**

Orientadora Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes

Botucatu

2022

Laudiceia Rodrigues Crivelaro

**Avaliação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
da Rede de Urgência e Emergência da Rede de Atenção à
Saúde - 09: estudo multimétodos**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado,
Programa de Pós-graduação em Enfermagem
da Faculdade de Medicina, Universidade
Estadual Paulista - Júlio de Mesquita Filho,
Campus de Botucatu, para obtenção do título
de Doutora em Enfermagem.

Orientadora Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncetto Fontes

Botucatu

2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Crivelaro, Laudiceia Rodrigues.

Avaliação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Rede de Urgência e Emergência da Rede de Atenção a Saúde-09 : estudo multimétodos / Laudiceia Rodrigues Crivelaro. - Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cassiana Mendes Bertoncello Fontes
Capes: 40406008

1. Avaliação de serviços de saúde. 2. Serviços médicos de emergência. 3. Enfermagem em emergência. 4. Atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Enfermagem em urgência; SAMU; Serviços Médicos de Emergência; Serviços de saúde.

Laudiceia Rodrigues Crivelaro

Avaliação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Rede de Urgência e Emergência da Rede de Atenção à Saúde - 09: estudo multimétodos.

Tese apresentada à Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista -Júlio de Mesquita Filho, para obtenção do título Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Comissão Examinadora

Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Universidade Estadual Paulista - Júlio de Mesquita Filho – UNESP

Profa. Adjunta Silvia Cristina Mangini Bocchi

Universidade Estadual Paulista - Júlio de Mesquita Filho – UNESP

Profa. Emérita Dra. Carmen Casquel Monti Juliani

Universidade Estadual Paulista - Júlio de Mesquita Filho – UNESP

Profa. Dra. Marisa Aparecida Amaro Malvestio

Conselho Federal de Enfermagem

Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

SAMU 192

Profa. Dra Profa. Dra: Maria Eugenia Guerra Mutro

Universidade Paulista – UNIP.

Profa. Dra. Rita de Cássia Altino

Universidade do Sagrado Coração – USC

Profa Dra Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini

Departamento de Enfermagem, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da USP

Botucatu, 14 de fevereiro de 2022.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus amados e doces filhos, Marcelo Biancão Crivelaro e Natalia Biancão Crivelaro; aos meus netos, Noah Gasparine Crivelaro e Giulia Gasparine Crivelaro; e a todos os enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que gentilmente participaram deste estudo e que exercem sua profissão conscientes de suas responsabilidades, enfrentando, com coragem, seus desafios. O trabalho do enfermeiro em urgência e emergência enobrece a nossa profissão.

Dedicatória Especial

Dedico esta tese à minha orientadora, Profa. Dra. Cassiana Mendes Bertoncello Fontes, pela confiança em me aceitar como sua orientanda, e pela oportunidade que me foi dada de aprender com sua experiência e sabedoria. Em nossos encontros, pude conhecê-la em profundidade e descobrir o ser humano, parceira, profissional e pesquisadora tão generosa e competente que é; que trava uma luta constante pela valorização da Enfermagem no País. Muito obrigada pelas oportunidades; por confiar no meu trabalho; por todos os momentos de aprendizado e pelos desafios lançados ao longo do meu processo de formação no doutorado.

Agradecimientos

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pelo dom da vida, por me conceder força e coragem para persistir na caminhada, e chegar até aqui.

Ao Jaasiel Crivelaro, meu esposo e companheiro, parceiro em todos os momentos, por compartilhar comigo mais este sonho. Um grande incentivador.

Especialmente aos meus filhos, Marcelo e Natália, minhas maiores bênçãos de Deus, razões maiores de meu viver, minha fonte de amor.

A minha nora, Milca Gasparine: você é muito especial, e eu sinto grande orgulho em tê-la como nora e filha emprestada.

Ao meu lindo neto, Noah Gasparine Crivelaro: a sua existência é o reflexo mais perfeito da existência de Deus.

A minha netinha, Giulia Gasparine Crivelaro: a notícia de sua vinda a este mundo foi a notícia mais linda que eu poderia desejar! Ansiosa para te conhecer e te encher de beijos, anjinha querida!

Sou grata aos meus pais (já falecidos), a quem agradeço a base que me foi dada para me tornar a pessoa que sou hoje.

À Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – Faculdade de Medicina de Botucatu, pela oportunidade de realizar meu doutorado. E, em especial, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela competência e seriedade.

Aos Professores do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista (UNESP).

Ao Cesar, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UNESP, pela atenção a todas as dúvidas e solicitações, que foram prontamente atendidas.

Aos membros da banca examinadora, que aceitaram compartilhar seus conhecimentos, para contribuir com o estudo, o qual nominalmente agradece abaixo.

À Profa. Dra. Marisa Aparecida Amaro Malvestio, que gentilmente aceitou compor a banca, e contribuir para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À Dra. Carmen Maria Casquel Monti Juliani, pela disponibilidade, ensinamentos, incentivos, ajuda e dedicação incondicionais. Uma guerreira, na luta por uma enfermagem mais justa e valorizada.

À Dra. Rita de Cassia Altino, pelo interesse e disponibilidade.

À Dra. Maria Eugenia Guerra Mutro, pela honra de tê-la na minha banca de avaliação, e pela pronta aceitação para contribuir com o estudo.

À Profa. Dra. Silvia Mangini Bocchi, por todas as oportunidades de desenvolvimento e crescimento profissional e pessoal.

À Profa. Dra. Maria Helena Borgato, pela confiança no meu trabalho, pelo respeito, e por me ensinar desde a graduação: obrigada pela compreensão e pelos sábios conselhos.

À Profa. Dra. Cleide Carolina da Silva Demoro Mondini, pelo interesse e disponibilidade.

A enfermeira Cleusa de Assis Pinto; Você é especial para mim. É a minha melhor amiga. Minha melhor de tudo para toda a hora. Meus melhores abraços. Melhores sorrisos. E algumas lágrimas derramadas ...

Muito obrigada ao Dr. José Fernando Casquel Monti, meu amigo, a quem recorri muitas vezes, e que contribuiu com seu conhecimento. É com grande alegria que agradeço por depositar sua confiança em meu trabalho e profissionalismo.

Aos colegas da turma de doutorado de 2017, companheiros de viagens e estudos, pelos momentos de convivência e aprendizado. Tenho um carinho muito especial por vocês.

Agradeço, também, a todos(as) aqueles(as) que se dispuseram a participar voluntariamente da pesquisa. Agradeço a atenção e a paciência. A recolha desses dados teria sido impossível sem a participação de cada um(a) dos(as) colaboradores(as). Por isso, muito obrigada.

A todos(as) os(as) demais, que não nomeei, mas que me ajudaram a construir este trabalho e, de alguma forma, contribuíram para torná-lo realidade: deixo meu reconhecimento.

Aos meus amigos,

“SE EU MORRER ANTES DE VOCÊ

Se eu morrer antes de você, faça-me um favor:

Chore o quanto quiser, mas não brigue comigo.

Se não quiser chorar, não chore; se não conseguir chorar, não se preocupe;

Se tiver vontade de rir, ria; se alguns amigos contarem algum fato a meu respeito, ouça e acrescente sua versão;

Se me elogiarem demais, corrija o exagero.

Se me criticarem demais, defenda-me;

Se me quiserem fazer um santo, só porque morri, mostre que eu tinha um pouco de santo, mas estava longe de ser o santo que me pintam;

Se me quiserem fazer um demônio, mostre que eu talvez tivesse um pouco de demônio, mas que a vida inteira eu tentei ser boa e amiga...

E se tiver vontade de escrever alguma coisa sobre mim, diga apenas uma frase:

- ‘Foi minha amiga, acreditou em mim e sempre me quis por perto!’

Aí, então derrame uma lágrima.

Eu não estarei presente para enxugá-la, mas não faz mal.

Outros amigos farão isso no meu lugar.

Gostaria de dizer para você, que viva como quem sabe que vai morrer um dia, e que morra como quem soube viver direito.

Amizade só faz sentido se traz o céu para mais perto da gente, e se inaugura aqui mesmo o seu começo.

Mas, se eu morrer antes de você, acho que não vou estranhar o céu. "Ser sua amiga, já é um pedaço dele..."

Chico Xavier

De todos os homens que conheço, o mais sensato é meu alfaiate. Cada vez que vou a ele, toma novamente minhas medidas. Quanto aos outros, tomam a medida apenas uma vez, e pensam que seu julgamento é sempre do meu tamanho.

George Bernard Shaw

Resumo

Resumo

CRIVELARO, L. R. **Avaliação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Rede de Urgência e Emergência da Rede de Atenção à Saúde - 09**: estudo multimétodos. 2022. 175 f. Tese (Doutorado em enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2021.

O presente trabalho teve por objetivo avaliar os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Rede de Atenção à Saúde - 09 em relação ao preconizado nas políticas públicas nacionais com bases legais. Estudo transversal, multimétodos, foi conduzido em duas etapas. A primeira etapa (desenho quantitativo) consistiu na avaliação e descrição da estrutura dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência regionais, tendo sido baseada no referencial metodológico de Donabedian. Diferentes estratégias de coleta de informações foram empregadas: análise documental de manuais, portarias, deliberações e resoluções ministeriais; revisão sistematizada de artigos, teses e dissertações, escalas de trabalho, anotações em livros de relatórios; e entrevista com informantes-chaves, como enfermeiros coordenadores regionais; observação direta nas centrais de regulação regionais; e observação sistemática não participante nas viaturas. A coleta de dados consistiu em um roteiro de entrevista contendo duas partes. A parte I consistiu de um *checklist* e perguntas objetivas, preenchidos pelos entrevistados, cujas variáveis foram: recursos humanos, materiais tecnológicos de informação e as ferramentas de gestão. A segunda etapa do estudo (delineamento qualitativo) constituiu na parte II do roteiro respondido por escrito pelos gestores locais participantes, a partir de quatro perguntas norteadoras. Discursos do Sujeito Coletivo foi o referencial metodológico, cujo processamento das informações, análise e elaboração se deram por meio do programa *Qualiquantisoft*, fundamentado na Teoria das Representações Sociais. A estrutura das ambulâncias estava adequada, com equipamentos novos e em bom funcionamento, porém a manutenção preventiva não é realizada em todas. Todos os locais analisados apresentavam materiais além do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, eventualmente com falta de eletrodos ou algum outro item. Há rotinas e protocolos implantados na maior parte dos municípios, os quais estão acessíveis aos profissionais por meio de documentos impressos, pela internet, via e-mail, em murais, dentre outros. Quanto aos recursos humanos, foram evidenciadas: equipes completas, mas sem reserva técnica; jornada de trabalho exaustiva, cuja cobertura se dá com realização de horas extras; taxa de rotatividade baixa dos funcionários (contratos de regime estatutário ou celetista). Para os cargos de gestão, as trocas de funcionários são frequentes, o que prejudica a administração pública, a continuidade e a efetividade da proposição, implantação e resolução de problemas. Houve dificuldades de comunicação à central de regulação; ausência de periodicidade nas manutenções das ambulâncias, principalmente nas bases descentralizadas; desconhecimento da população a respeito da missão do SAMU; solicitações de material ou manutenção não atendidas; falta de capacitação e melhores condições de trabalho e salariais. Conclui-se que não há integração dos serviços de atendimento móvel com outros sistemas, o que dificulta o acesso às unidades de referência aos leitos de internação geral e especializada, como em terapia intensiva. Os serviços de atendimento móvel estão restritos às ações de operacionalização do atendimento pré-hospitalar, à decisão pelo despacho de ambulâncias, ao suporte técnico às equipes assistenciais e à decisão de destino do paciente conforme pactuação. As unidades pactuadas apresentam resistência para o recebimento de pacientes, por problemas estruturais na rede de serviços, e não pela desconsideração da regulação.

Palavras-chave: enfermagem; enfermagem em emergência; serviços de saúde; serviços médicos de emergência; SAMU; atendimento pré-hospitalar; atendimento de urgência.

Abstract

Abstract

CRIVELARO, L. R. **Evaluation of Mobile Emergency Care Services of the Urgency and Emergency Network of the Health Care Network - 09:** multi-method study. 2022. 175 f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2021.

To evaluate the Mobile Emergency Care Services of the Health Care Network - 09 in relation to what is recommended in national public policies with legal bases. A cross-sectional, multi-method study carried out in two stages. The first quantitative design stage refers to the evaluation and description of the structure of the regional Mobile Emergency Care Services, based on Donabedian's methodological framework. The information was obtained from different collection strategies: document analysis of manuals, ordinances, deliberations and ministerial resolutions; systematic review of articles, theses and dissertations; work schedules, notes in report books and interviews with key informants, regional nurse coordinators; direct observation in regional regulation centers, systematic non-participant observation in vehicles; the data collection instrument was an interview script containing two parts: part I, containing a checklist and objective questions, filled in by the interviewees. The variables were human resources; materials; information technology and management tools. The second stage, of qualitative design, consisted of part II of the script answered in writing by the participating local managers from four guiding questions. The methodological framework used was the Discourses of the Collective Subject and for the processing of information, analyze the elaboration of Discourses of the Collective Subject, we used the Qualiquantisoft program, based on the Theory of Social Representations. The structure of the ambulances was adequate, preventive maintenance is not carried out in all, showing good general condition, with new and in good working order. All the analyzed sites had materials beyond what is recommended by the Ministry of Health, possibly lacking electrodes or some item. There are routines and protocols implemented in most municipalities, which are accessible to professionals through printed documents, on the internet, via e-mail, on bulletin boards, among other means of communication. The results related to human resources showed: complete teams, but no technical reserve; exhaustive working hours with overtime coverage; low turnover rate of employees who make up the service with statutory or CLT contracts. For management positions, employee changes are frequent, which harms public administration, the continuity and effectiveness of the proposition, implementation and resolution of problems. Regarding the perspective of the nurse manager, after analyzing the data, the following themes emerged: difficulties in communication with the regulation center; lack of periodicity in ambulance maintenance, especially in decentralized bases; ignorance of the population about the mission of SAMU; unmet material or maintenance requests; lack of training and better working and salary conditions. There is no integration of mobile care services with other systems, which makes it difficult to access reference units, general and specialized hospitalization beds, such as in intensive care. Mobile care services are restricted to the actions of operationalization of pre-hospital care, the decision to dispatch ambulances, technical support to care teams and the decision of the patient's destination according to the agreement; however, the agreed units present resistance to receiving patients, due to structural problems that the service network presents and not due to the disregard of regulation.

Keywords: nursing; emergency nursing; health services; emergency medical services; SAMU; pre-hospital care; urgent care.

Lista de ilustrações

Quadro 1 - Instrumentos legislativos federais que estabelecem a finalidade da PNAU, no período de 1990 até 2020. Botucatu-SP, Brasil-2021	37
Figura 1 - As RRAS, segundo regionalização de Saúde e divisão geográfica por Redes Regionais de Atenção à Saúde. Botucatu-SP, Brasil-2021	48
Figura 2 - Componentes da RUE, segundo a portaria 1.600/2011. Botucatu-SP, Brasil-2021	50
Quadro 2 - Características do APH anglo-americano/franco-germânico/brasileiro. Botucatu-SP, Brasil-2021	52
Figura 3 - Modelo Teórico-Lógico de avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU. Botucatu-SP, Brasil-2021	57
Figura 4 - Representação das etapas do atendimento na central de regulação do SAMU, desde a recepção do chamado até a chegada da equipe à cena de atendimento. Botucatu-SP, Brasil-2021.....	58
Figura 5 - Central de Regulação Médica do SAMU Bauru. Bauru-SP, Brasil-2021. Botucatu-SP, Brasil-2021	60
Figura 6 - Mapeamento dos municípios brasileiros segundo a situação de cobertura e modalidade do SAMU. Botucatu-SP, Brasil-2021	61
Figura 7 - Distribuição do número de unidades móveis do SAMU em cada estado do país, em 2017: ambulâncias, motolâncias, embarcações e aeromédicos. Botucatu-SP, Brasil-2021	62
Figura 8 - As cinco regionais de saúde e os municípios de abrangência da RRAS 09.....	64
Quadro 3 - População geral, população sem cobertura de saúde suplementar por Região de Saúde, RRAS 09, em 2015. Botucatu-SP, Brasil-2021	66
Quadro 4 - Alocação de recursos do SAMU regional Bauru, conforme subsedes em 17 municípios. Bauru-SP, Brasil-2021	67
Quadro 5 - Repasses financeiros de acordo com a Central de Regulação das Urgências e Unidades Móveis. Bauru-SP, Brasil-2021	68
Figura 9 - Mapa de atendimento regionalizado do SAMU, Bauru-SP	69
Quadro 6 - Alocação de recursos do SAMU regional de Jaú, conforme municípios habilitados. Jaú-SP, Brasil-2021	70
Figura 10 - Mapa demonstrativo das bases do SAMU no município de Jaú-SP. Brasil, 2019	71

Quadro 7 - Alocação de recursos do SAMU regional de Avaré-SP, conforme municípios. Brasil, 2021	72
Quadro 8 - Descrição do repasse, de acordo com os municípios de Avaré-SP. Brasil, 2021	72
Figura 11 - Mapa demonstrativo das bases do SAMU no município de Avaré-SP. Brasil, 2019.....	73
Quadro 9 - Alocação de recursos do SAMU regional de Botucatu-SP, Brasil.....	74
Quadro 10 - Descrição do repasse de acordo com os municípios da região de Botucatu-SP, Brasil.....	74
Figura 12 - Mapa demonstrativo das bases do SAMU no município de Botucatu-SP. Brasil, 2019.....	75
Quadro 11 - Indicadores, medidas e parâmetros utilizados para a matriz de avaliação das condições estruturais dos SAMUs. Botucatu-SP, Brasil-2019	83
Quadro 12 - Descrição dos temas e questões norteadoras da pesquisa nos municípios do Brasil. Botucatu-SP, Brasil-2021	85
Gráfico 1 - Caracterização dos enfermeiros por faixa etária. Botucatu-SP, Brasil-2019.....	88
Gráfico 2 - Caracterização dos enfermeiros por estado civil. Botucatu-SP, Brasil-2019	89
Gráfico 3 - Caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo. Botucatu-SP, Brasil-2019.....	89
Gráfico 4 - Caracterização dos enfermeiros por tempo de formação. Botucatu-SP, Brasil-2019.....	90
Gráfico 5 - Caracterização dos enfermeiros por titulação. Botucatu-SP, Brasil-2019	90
Gráfico 6 - Caracterização dos enfermeiros por tempo de atuação no Atendimento Pré-Hospitalar (APH). Botucatu-SP, Brasil-2019	91
Quadro 13 - Recursos Humanos: categorias e o número de profissionais, carga horária semanal, horas trabalhadas por plantão, vínculo de trabalho, no período de agosto de 2019 a novembro 2019. Botucatu-SP, Brasil-2019	92
Quadro 14 - Tipos de viaturas e categoria profissional, no período de agosto de 2019 a novembro 2019. Botucatu-SP, Brasil-2019.....	92
Quadro 15 - Número e tipo de viatura à disposição de suas respectivas CRMUs, no período de agosto de 2019 a novembro 2019. Botucatu-SP, Brasil-2019	93
Quadro 16 - Recursos humanos: faltas, ausências não programadas, licença tratamento de saúde, acidentes de trabalhos, doação de sangue, nojo, licença paternidade e outros nos SAMUs RRAs 09, no período de agosto de 2019 a novembro 2019. Botucatu-SP, Brasil-2019	94

Quadro 17 - Recursos humanos: rotatividade por gestação, mudança de gestão, aposentadoria, óbito, exoneração e outros. SAMUs RRAs 09, agosto de 2019 a novembro 2019. Botucatu-SP, Brasil-2019	95
Gráfico 7 - Treinamentos e capacitação das equipes dos SAMUs regionais. Botucatu-SP, Brasil-2019.....	96
Gráfico 8 - Percentual de cada tipo de viatura disponível nas CRUs das RRAS-09. Botucatu-SP, Brasil-2019	97
Quadro 18 - Ideias centrais e expressões-chave que emergiram das entrevistas, segundo o DSC. Bauru-SP, Brasil-2019	100
Quadro 19 - Ideias centrais, expressões-chaves que emergiram das entrevistas, segundo o DSC. Bauru-SP, Brasil-2019	101
Quadro 20 - Ideia central, expressões-chaves que emergiram das entrevistas, segundo o DSC. Bauru-SP, Brasil-2019	103
Quadro 21 - Ideia central, expressões-chaves que emergiram das entrevistas segundo o DSC. Bauru-SP, Brasil-2019	105
Figura 13 - Manual de identidade visual.....	122

Lista de abreviaturas e siglas

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APH - Atendimento Pré-Hospitalar
AVC - Acidente Vascular Cerebral
CIB - Comissão Intergestores Bipartite
CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CIR - Comissão Intergestores Regionais
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CRMU - Centrais de Regulação Médica das Urgências
CROSS - Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
CRU - Central de Regulação de Urgência
CTB - Código de Trânsito Brasileiro
DEA - Desfibrilador Externo Automático
DRS - Departamento Regional de Saúde
DSC - Discurso do Sujeito Coletivo
ECH - Expressões-Chaves
EPI - Equipamento de Proteção Individual
ERC- Equipamento de Rádio Comunicação
GPS - *Global Positioning System*
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Ideia Central
KED - *Kendrick Extrication Device*
LC - Linha do Cuidado
MR - Médico Regulador
MS - Ministério da Saúde
NEU - Núcleo de Educação em Urgência
NHS - *National Health Service*
PNAU - Política Nacional de Atenção à Urgência
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RBCE - Rede Brasileira de Cooperação em Emergências
RO - Rádio Operador
RRAS - Rede Regional de Atenção à Saúde
RS - Região de Saúde

RT - Redes Temáticas

RUE - Rede à Urgência e Emergência

SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica

SAMDU - Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SAV - Suporte Avançado de Vida

SESMT - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SUS - Sistema Único de Saúde

TARM - Técnico Auxiliar de Regulação Médica

UBS - Unidade Básica de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USA - Unidade de Suporte Avançado

USB - Unidade de Suporte Básico

USF - Unidade de Saúde da Família

VIR - Veículo de Intervenção Rápida

VTR - Viatura

Sumário

APRESENTAÇÃO	25
1 INTRODUÇÃO.....	27
1.1 Justificativa do estudo	32
2 REFERENCIAL TEÓRICO-LEGAL	33
2.1 O Sistema Único de Saúde do Brasil	34
2.2 A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)	35
2.3 A Regionalização da Saúde (RAS)	45
2.3.1 Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS).....	45
2.3.2 Rede de Urgências e Emergências (RUE).....	48
2.3.3 Aspectos históricos da implantação do serviço de Atendimento Pré-Hospitalar (APH).....	50
2.3.4 O componente pré-hospitalar móvel no Brasil	54
2.3.5 Etapas do atendimento na Central de Regulação.....	57
2.3.6 Avaliação multifatorial do grau de urgência para classificação de risco e liberação do recurso	59
2.3.7 A evolução da cobertura populacional e situação atual do SAMU 192 e Centrais de Regulação no Brasil.....	60
3 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA RAS-09: IMPLANTAÇÃO DO SAMU	63
3.1 O Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS 06).....	64
3.1.1 Rede Regional de Atenção a Saúde - 09 RRAS 09 - DRS Bauru- Localização geográfica e caracterização demográfica do estudo	65
3.2 O processo de implantação e implementação do SAMU regional Bauru-SP	66
3.2.1 As bases descentralizadas do SAMU	68
3.3 SAMU regional do município de Jaú	69
3.4 SAMU regional do Vale do Jurumirim, no município de Avaré	71
3.5 SAMU regional do Polo Cuesta, município de Botucatu-SP, Brasil	73
4 OBJETIVOS	76
4.1 Objetivo geral	77
4.2 Objetivos específicos	77
5 MÉTODOS.....	78

5.1	Tipo de pesquisa	79
5.2	Locais do estudo: SAMUs regionais de Jaú, Bauru, Avaré e Botucatu	79
5.3	Coleta dos dados	79
5.4	Referencial teórico para análise da etapa quantitativa	80
5.5	Análises dos dados	81
5.6	Referencial teórico para análise da etapa qualitativa	84
5.7	Aspectos éticos	85
6	RESULTADOS	87
6.1	Resultados quantitativos	88
6.1.1	Recursos humanos no SAMUs	91
6.1.1.1	<i>Controle do absenteísmo</i>	<i>93</i>
6.1.1.2	<i>Capacitação das equipes de atendimento do SAMU</i>	<i>95</i>
6.1.1.3	<i>A estrutura do SAMU</i>	<i>96</i>
6.1.1.4	<i>Recursos materiais e de equipamentos das viaturas</i>	<i>97</i>
6.1.1.5	<i>Dispensação de medicamentos</i>	<i>97</i>
6.1.1.6	<i>Equipamento de radiocomunicação</i>	<i>98</i>
6.1.1.7	<i>Ferramentas de gestão</i>	<i>98</i>
6.2	Resultados qualitativos: apresentação dos discursos coletivos	99
7	DISCUSSÃO	106
7.1	Caracterização profissional dos sujeitos do estudo	107
7.1.1	Avaliação estrutural dos SAMUs da RRAS 09	111
7.1.2	Tipos de viaturas e categorias profissionais	112
7.1.3	Avaliação dos recursos humanos	113
7.1.4	Avaliação do controle do absenteísmo	115
7.1.5	Rotatividade dos profissionais	116
7.1.6	Avaliação dos recursos tecnológicos e de informação	117
7.1.7	Avaliação da capacitação em serviço	117
7.1.8	Avaliação dos recursos materiais	119
7.1.9	Avaliação dos uniformes das equipes do SAMU	120
7.1.10	Avaliação da intersectorialidade no atendimento	122
7.1.11	Avaliação dos aspectos normativos do SAMU: protocolos	123
7.2	Discussão dos resultados qualitativos	124
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	137
	REFERÊNCIAS	140

ANEXOS	152
APÊNDICES	162

Apresentação

A motivação para o desenvolvimento desta pesquisa surgiu após trabalhar no SAMU, desde o primeiro dia de seu funcionamento (em 20 de dezembro de 2002) até janeiro de 2017, como integrante da equipe da Unidade de Suporte Avançado USA e Chefia do SAMU. Nesse contexto, meu interesse pelo tema veio de minha longa trajetória profissional. Como servidora, construí uma bela carreira durante os 32 anos de trabalho: de enfermeira assistencial à diretora técnica do Departamento de Urgência e Emergência da Secretaria Municipal de Saúde de Bauru, no período de 2009 a 2017, no qual tive a oportunidade de elaborar e implementar o projeto de regionalização do SAMU Bauru, em 2011.

Em 2009, elaborei junto com o secretário de saúde, Dr. José Fernando Casquel Monti, projeto de implantação de quatro Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) no município, cuja concretização se deu no período de 2011 a 2013. Colaborei com outros municípios da região, prestando assessorias. Essa vivência me proporcionou conhecer e ter o privilégio de participar dos vários movimentos na secretaria municipal de saúde, trazendo, como consequência, o acúmulo de certa responsabilidade pela criação desses serviços, o que me instiga a olhar para o serviço de forma crítica, especialmente em relação a lacunas que possa persistir ao longo dos anos de sua implantação.

Essas experiências também contribuíram para aprofundar conhecimentos sobre o conjunto de informações depositadas num observatório valioso e, ao mesmo tempo, tão pouco explorado, que expressa as necessidades de saúde da população; e que precisa ser avaliado, a fim de analisar dados que possam ajudar a subsidiar novas reflexões para a organização e aprimoramento do serviço.

O tema eleito nesta proposta acadêmica foi o de avaliação dos quatro SAMUs da RAS-09, sob a gerência da divisão regional de saúde – DRS IV – de Bauru-SP, por se tratar de complexos reguladores do sistema de saúde, que interferem na organização da rede de atenção e na estruturação dos serviços de urgência. Isso os fazem assumir um novo papel no cenário das políticas públicas de saúde em urgência no País, uma vez que se projeta sobre eles um novo e mais amplo olhar, nos aspectos estruturais, do modelo de gestão da urgência e da atenção à urgência, tendo por referência os pressupostos da PNAU.

1-Introdução

1 INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) organizou, a partir de 1988, os serviços de urgência e emergência fixos e móveis já existentes no Brasil. A saúde pública, assim como no mundo, sempre esteve vinculada com o momento histórico. O momento histórico dentro desse contexto foi a nova Constituição Brasileira que, na área de saúde pública, criou o Sistema Único de Saúde (SUS). 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 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

A formulação das políticas de urgência e emergência no Brasil aconteceu motivada pela intensa insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, com filas e superlotação (O'DWYER; MATTOS, 2012). Em 2003, através da Portaria nº 1863/GM, de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003a) foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), que passou a ser implementada gradativamente e alicerçada nas portarias que ofereciam as condições favoráveis para que novas medidas pudessem ser tomadas na estruturação e organização desse tipo de atendimento à população, de acordo com os princípios do SUS (ANDRADE et al., 2021).

A PNAU estabelece os propósitos, prioridades, estratégias, e atividades para efetivá-la, constituindo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de forma promissora quanto às possibilidades de redução dos custos com hospitalização e a necessidade de melhorar a prestação desse serviço. O MS normatizou o SAMU em todo território brasileiro na publicação da Portaria nº 1.864/2003, como primeira medida destinada ao atendimento de urgência 24 horas nas residências, locais de trabalho e vias públicas (ANDRADE et al., 2021).

Segundo os autores O'Dwyer, Mattos (2013) e Konder (2013), o SAMU é um projeto de atenção às urgências que pretendia ser integrador, mas foi proposto de forma fragmentada, e sofreu dificuldades de integração com a rede de serviços, com significativo prejuízo para a integralidade do cuidado. Entretanto, manteve-se reconhecido como uma forma de garantir o atendimento e transporte qualificado, para que a vítima com agravo pudesse ser atendida rapidamente, minimizando-o e evitando mortes precoces, antes de ser assistida em um serviço de saúde de referência em urgência e emergência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a).

O SAMU é requisitado pelo número de telefone 192. Atende ininterruptamente durante 24 horas por dia e todos os dias da semana. O telefonema do solicitante é avaliado por técnicos da central de regulação e, posteriormente, pelo médico regulador, que, com base em

escuta e entendimento da situação, faz o diagnóstico e a classificação da urgência. Posteriormente, esse profissional tece orientações necessárias para o atendimento à vítima. De acordo com a gravidade da situação de urgência, aciona o envio de Unidade de Suporte Básico (USB) ou o Suporte Avançado de Vida (SAV). A USB é tripulada por técnico de enfermagem e condutor do veículo e a SAV por médico, enfermeiro e condutor do veículo (ROSA et al., 2020; SILVA; MARIOT; RIEGEL, 2020). O componente móvel de urgência é uma estratégia de alta complexidade e indispensável ao funcionamento do serviço de saúde do Brasil, que fortalece a implantação das diretrizes preconizadas pela PNAU. De acordo com os princípios do SUS, combina ações de prevenção, atenção individual e coletiva (O'DWYER; MATTOS, 2012).

Avaliar a estrutura do SAMU é extremamente relevante devido à sua complexidade e por possuir recursos de componente móvel, o que o difere dos cenários hospitalares e da rede básica de saúde. Nele, os profissionais devem estar sempre disponíveis para ir ao encontro dos usuários. (ALVES, 2013). A avaliação de desempenho de serviços de urgência tem sido classificada como uma prioridade, cujos resultados interessam tanto à população, aos gestores e ao próprio sistema de saúde. No entanto, a tarefa de avaliar é difícil, devido à multiplicidade e complexidade de variáveis não controladas, e as peculiaridades de cada serviço (CICONET, 2015).

Perpassados 19 anos de implantação do SAMU no território brasileiro, enfatiza-se sua importância nos diferentes cenários regionais, estando a presente investigação relacionada à avaliação dos seus aspectos estruturais. Estudos sobre qualidade da assistência pré-hospitalar são escassos no Brasil (O'DWYER et al., 2009). Em contrapartida, a avaliação da qualidade é uma prática existente no serviço pré-hospitalar a nível mundial. Após quase duas décadas de implantação do serviço, estudos de qualidade foram realizados, referentes à estrutura do serviço no SAMU. Em uma pesquisa avaliativa da estrutura no SAMU no Brasil, analisando uma macrorregião do estado de Santa Catarina, o autor Lancini (2013), desenvolveu indicadores de recursos humanos, materiais e aspectos normativos legais com o auxílio de especialistas da área acadêmica e assistencial. Foi demonstrado nos resultados que 60% dos municípios apresentaram uma adequada estrutura de trabalho.

Ortiga (2014) desenvolveu uma tese em que aplicou vários indicadores para avaliar a gestão do SAMU em um mesmo estado. Foram avaliadas oito centrais de regulação de urgências regionais, de 87 municípios que sediavam as USBs. O modelo desenvolvido contemplou duas dimensões: Gestão e Atenção à Urgência. A avaliação da gestão foi classificada como ruim, e a dimensão Atenção à Urgência, como regular. A aplicação do

modelo avaliativo desenvolvido pela mesma autora revelou que os indicadores se mostraram viáveis para avaliar o serviço, por contemplar as atribuições municipal, regional e estadual, e permitir aplicação em outros estados. Outro estudo realizado no estado de Santa Catarina discutiu a estrutura do SAMU enquanto modelo de gestão. Os autores concluíram que é importante o conhecimento sobre os protocolos e parâmetros definidos nas Políticas de Urgência e Emergência vigentes no país e pela legislação da profissão de enfermagem, pelos enfermeiros (LUCHTEMBERG; PIRES, 2016).

Bueno et al. (2010), em estudo realizado no SAMU do interior de Minas Gerais, destacaram a importância da capacitação dos recursos humanos; e provisão dos recursos materiais em quantidade e qualidade adequados para a assistência ao usuário, com excelência. Ainda apontam a necessidade de modificar os modelos de gestão, em busca de uma gestão inovadora, para proporcionar meios que possibilitem a melhoria da qualidade da assistência. Santana et al. (2013), também identificou déficits estruturais relativos à falta de recursos humanos e à ausência de protocolos para os processos de trabalho no SAMU, no interior de Minas Gerais. Estudo realizado no SAMU de Juazeiro (BA) por Coelho et al. (2013) avaliou os recursos humanos como deficientes, ao identificar vínculos empregatícios instáveis e baixa remuneração salarial. Esse fato favoreceu a sobrecarga de trabalho e a falta de tempo para a capacitação dos profissionais, o que levou à desmotivação. Os autores defenderam a importância de investimentos em planejamento, execução e avaliação continuada do SAMU, para melhorar a qualidade do serviço.

Revisão integrativa conduzida por Pai et al. (2015) revelou que as condições de trabalho na maioria dos serviços do SAMU possuem riscos relacionados à: demanda psicológica intensa; sobrecarga de trabalho; risco ergonômico e/ou químico; insatisfação pela falta de recursos humanos e materiais. Paranaguá et al. (2014) concluíram que os serviços de urgência e emergência se constituem como locais de alto risco para danos aos usuários, em virtude da rotatividade e da deficiência de recursos humanos e infraestrutura. Em uma pesquisa avaliativa no SAMU do Rio Grande do Norte, Dantas (2012) considerou como indicadores de estrutura: a conservação das ambulâncias; estrutura física; segurança ao usuário e aos profissionais dentro da ambulância; recursos materiais; segurança da equipe; educação permanente; remuneração e satisfação com o trabalho desenvolvido, sob a perspectiva de multiprofissionais. O autor aponta a necessidade de melhoria da estrutura do SAMU, e propõe o monitoramento constante do serviço, com finalidade de buscar a excelência e a integração com a rede de assistência à saúde.

Estudo conduzido por Marques (2013) no SAMU da região metropolitana de Fortaleza (CE), avaliou a estrutura como debilitada, e apontou as deficiências, tais como: insuficiência de recursos humanos para compor as unidades móveis; falta de recursos materiais; fragilidade dos vínculos empregatícios; baixa remuneração; sobrecarga de trabalho; entre outros. A autora concluiu que essa precariedade da estrutura do SAMU prejudica a qualidade do serviço prestado à população. Estudo realizado para avaliar a estrutura do SAMU de um município da região Sul do Brasil considerou os indicadores de recursos humanos, materiais, tecnológicos, de informação, bem como do modelo de gestão. Os resultados remetem à necessidade de políticas avaliativas no SAMU. A autora forneceu uma devolutiva aos gestores participantes do estudo sobre as inconformidades identificadas, que poderiam ser corrigidas com planos de ação para atingir melhoria contínua da qualidade do serviço e das condições de trabalho (SILVESTRE, 2016).

Desde a sua criação, o SAMU se tornou um serviço essencial e de alta complexidade para a população brasileira, com categorias profissionais de saberes e formações diferentes, e que constituem uma equipe multiprofissional. Os enfermeiros desenvolvem atividades de coordenação, educação continuada, supervisão de USB e assistência direta ao usuário nas Unidades de Suporte Avançado (USA) terrestre ou aéreo. Tendo isso como base, o presente estudo propôs realizar avaliação da estrutura e da gestão dos SAMUs da Rede Regional de Atenção à Saúde-09 (RRAS-09) da macrorregião do Centro-Oeste do estado de São Paulo, que compreende cinco regiões de saúde: o Vale do Jurumirim, Bauru, o Polo Cuesta, Jaú e Lins, com 68 municípios adscritos, e uma população total de cerca de 1.686.189 habitantes atualmente, equivalente a 4% do estado de São Paulo (SEAD, 2015).

Nessa perspectiva, a justificativa do presente estudo parte do pressuposto que a busca pela qualidade e eficiência dos serviços, baseada no melhor uso dos recursos disponíveis, é um aspecto que fomentam o desenvolvimento da área de avaliação em saúde. (POLIQUESI, 2013). Diante da proposta, foram formuladas as seguintes perguntas de pesquisa:

- Como se constituem os aspectos estruturais dos SAMUS da RRAS-09 nas regionais, em relação ao preconizado pelas Portarias GM/MS nº 2.048/2002, 1.010/2012 e 1.473/2013?

- Como é compreendida a percepção dos enfermeiros gestores dos SAMUs regionais?

Para respondê-las, propôs-se uma pesquisa multimétodos, sendo que no recorte quantitativo foram utilizados os referenciais das normativas das Políticas Públicas da Rede de Atenção às Urgências (RUE) no Brasil. Para o delineamento qualitativo, utilizou-se o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012); e o referencial teórico de avaliação dos serviços de saúde utilizado foi de Avedis

Donabedian, que se baseia nas dimensões de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980). Por fim, a finalidade do estudo foi identificar a estrutura dos SAMUs e, compreender, sob a ótica dos gestores, suas fragilidades e potencialidades, conquistas, avanços e retrocessos para contribuir com a melhoria dessa essencial política pública de saúde no Brasil.

1.1 Justificativa do estudo

Após quase duas décadas da instituição da PNAU e, conseqüentemente, da implantação do SAMU, a expansão da rede de urgência e de várias iniciativas do governo federal para melhorar o atendimento na área da urgência e emergência, um cenário desfavorável que, apesar dos esforços, em alguns aspectos organizacionais e assistenciais ainda se apresenta nas diferentes mídias como algo não resolvido, e denuncia, em certa medida, uma das sérias deficiências do nosso sistema público, como a superlotação dos serviços de emergências hospitalares, a fragmentação dos fluxos e a descontinuidade do cuidado.

A atuação do enfermeiro em urgência e emergência exige diversas habilidades. Sendo assim, é preciso conhecer as percepções dos enfermeiros gestores em relação ao serviço, para compreender, sob sua ótica, os desafios, dificuldades e contradições. O resultado desta pesquisa poderá subsidiar futuras decisões dos gestores para melhoria da qualidade assistencial. Traduzir as dificuldades e as perspectivas dos enfermeiros, trazendo a realidade para uma discussão acadêmica, a fim de buscar soluções viáveis para a melhoria das condições de atendimento, tanto para o paciente, quanto para o próprio profissional.

O referencial teórico-legal, descrito a seguir, embasa o estudo e se constitui em um conjunto de legislações que permitiram a implementação e regulamentação do Atendimento Pré-Hospitalar (APH) móvel.

2- Referencial Teórico-Legal

2 REFERENCIAL TEÓRICO-LEGAL

O referencial teórico-legal é composto pelos pilares doutrinários do SUS: equidade, integralidade e universalidade; o arcabouço legal da PNAU, a RUE e a RRAS. Descrevem-se, a seguir, os respectivos conteúdos e fundamentos legais.

2.1 O Sistema Único de Saúde do Brasil

O SUS constitui-se em modelo oficial público de atenção à saúde no Brasil, inspirado no sistema eficiente inglês denominado *National Health Service* (NHS). Sua origem está contextualizada com o movimento de reforma sanitária no Brasil, no início da década de 70, que criticava a restrição de direitos políticos e da democracia, devido ao regime de ditadura militar (MARRONI, 2017).

O SUS, como modelo federativo e hierarquizado, oferta serviços de saúde à população, de forma que seus objetivos e funcionamento estão em consonância com os princípios doutrinários e organizacionais. Os princípios doutrinários são: garantir o acesso a toda a sociedade; a busca pela redução de desigualdades no atendimento; e a integração entre políticas públicas. E os princípios organizacionais são: a descentralização; distribuição de poderes e responsabilidades entre os entes federativos (BRASIL, 1990).

O MS do Brasil priorizou a gestão descentralizada do SUS como estratégia de retração dos gastos públicos em saúde. Leis e portarias foram instituídas para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo o território nacional, com destaque para: Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990; Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002); Pacto pela Saúde de 2006; a portaria Federal 4.279 e o Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que permitem a identificação de elementos de continuidade e mudanças no conteúdo normativo da saúde no Brasil (BRASIL, 2011).

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária; até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente os cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por

toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando sua prevenção e promoção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020a).

Um grande avanço para o desenvolvimento de Políticas Públicas de Saúde no Brasil foi a criação de diferentes unidades para atendimento à população, tais como: Unidade Básica de Saúde (UBS); Unidade de Saúde da Família (USF); Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Instituições Hospitalares Conveniadas e de Referência; SAMU; procedimentos laboratoriais; institutos de pesquisas; serviços de distribuição de medicamentos gratuitos, por meio do programa Farmácia Popular; transplantes de órgãos; sistemas integrados de vigilância epidemiológica e sanitária, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 é uma dessas políticas sociais de saúde, criada com o intuito de aprimorar a estrutura e operacionalizar o SUS, atuando em uma área crítica do sistema, que é o atendimento de urgência e emergência. Nesse sentido, a política do SAMU 192 trouxe mais um avanço para o aperfeiçoamento do SUS: a articulação e integração de todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral no âmbito da urgência e emergência de forma ágil e oportuna, com o feito de reduzir complicações oriundas de agravos e/ou óbitos (MENDES, 2011).

Essas transformações estimularam a evolução do sistema de saúde, com alterações nos indicadores epidemiológicos e econômicos do país. Conseqüentemente, aumentaram as necessidades, as demandas e os custos da saúde (MENDES, 2011).

2.2 A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)

Com o aumento do número de acidentes, da violência urbana, juntamente com uma população em processo rápido de envelhecimento, o que significa um aumento relativo das condições crônicas e de seus fatores de risco, como o tabagismo, o sobrepeso, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada, houve uma sobrecarga dos serviços de saúde em geral, principalmente, dos serviços de urgência e emergência em todo o país (MENDES, 2011).

A Política Nacional de Atenção às Urgências foi fruto de grande insatisfação com o atendimento nas emergências hospitalares, norteadas nos princípios do SUS. Um importante ator na formulação desta política foi a Rede Brasileira de Cooperação em Emergência (RBCE), que tem sua origem na década de noventa, a partir do interesse de médicos que atuavam na área de urgência, uma representação organizada de profissionais deste setor, que hoje engloba outros agentes de saúde na reflexão da atuação em urgências (O'DWYER, 2010,

p. 2397). A RBCE atuou como um corpo técnico e propositor na elaboração da PNAU.

Seguindo a mesma lógica, torna-se necessária a busca de alternativas para vencer os desafios postos para a atenção à saúde no país. Para Mendes (2011), controlar e resolver essa situação, sabendo que essa população com tais características não conseguirá ser atendida integralmente, conforme suas necessidades, e usufruir de um acompanhamento adequado à sua saúde se a estrutura do sistema de saúde do país for ineficiente.

A PNAU propunha a conformação de sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais, norteadas pelos princípios do SUS (Machado et al., 2011). A regulamentação das urgências e emergências prevê, ainda, a organização de redes locais e regionais de atenção integral às urgências, como peças interligadas da trama de manutenção da vida, organizadas nos componentes: pré-hospitalar fixo, pré-hospitalar móvel, hospitalar e pós-hospitalar (BRASIL, 2003b). A PNAU é uma política baseada em serviços descentralizados, com a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde em regime de gestão pactuada entre as três esferas de governo, tendo os municípios autonomia relativa (GRANJA et al., 2013; UCHIMURA et al., 2015). A PNAU atende também a outras necessidades, como a implantação dos sistemas de regulação e estruturação de uma rede regionalizada e hierarquizada, que visa garantir atendimento integral à população nas residências, locais de trabalho e vias públicas, desde a rede de atenção básica até os serviços de maior complexidade; além de meios adicionais de atenção, como os atendimentos no pós-hospitalar e reabilitação da saúde (GRANJA et al., 2013; UCHIMURA et al., 2015).

A implantação da política de urgência foi amparada pela lógica de indução financeira pelo Estado e de forte expansão da rede. A principal estratégia da PNAU foi criar novas unidades assistenciais, como o SAMU e as UPAs (KONDER; O'DWYER, 2015). Nessa perspectiva, foi proposto que cada estado organizasse o seu Sistema de Atendimento de Urgência e Emergência, estruturado como essencial para a consecução dos princípios do SUS (BRASIL, 2002). A efetivação da proposta pressupunha organização em forma de rede, e que incorporasse os serviços de diferentes complexidades (SANTOS et al., 2003). A RUE ainda permanece em construção e com necessidades de ajustes. Porém, os instrumentos legais descritos levaram ao modelo de organização que se estabelece atualmente.

O arcabouço que compõe a PNAU tem coerência e uma lógica sequencial em suas propostas. Todos os instrumentos legais contextualizam a atuação na área de cobertura. No entanto, alguns pontos se destacam, como a baixa cobertura populacional; a insuficiente oferta de serviços de APH em relação à extensão territorial brasileira; e as grandes distâncias entre a rede hospitalar especializada e de alta complexidade, sendo necessário serviços de

complexidade intermediária (O'DWYER, 2010).

O Quadro 1 demonstra os instrumentos legais e as finalidades que legislam a PNAU, no período de 1990 a 2020. Nele também são apontadas as principais legislações da enfermagem sobre urgência e emergência no atual momento da pandemia de COVID-19, e é indicada a situação de vigência das mesmas.

Quadro 1 - Instrumentos legislativos federais que estabelecem a finalidade da PNAU, no período de 1990 até 2020. Botucatu-SP, Brasil-2021

Continua

Instrumento legal	Data da publicação	Ementa	Situação atual
Portaria SAS nº 727	07/12/1990	Institui o programa à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em atendimento de urgência, criando hospitais especializados em urgência tipo I, II, III, com percentual adicional nas Autorizações de Internação Hospitalar (20%, 35% e 50%). Estabelece os procedimentos passíveis de cobrança com caráter de internação 2, para Hospitais de Referência em Atendimento de Urgência e Emergência, conforme o anexo desta Portaria.	Vigente
Portaria GM/MS nº 320	04/02/1994	Cria o código de atendimento específico em urgência e emergência, que consiste no atendimento realizado por profissional de medicina em ambiente de pronto-socorro.	Vigente
Portaria GM/MS nº 1.692	14/02/1995	Criou o Índice de Valorização Hospitalar de Emergência (IVH-E), que incide sobre o valor da Autorização de Internação Hospitalar em 10% e 25%, somente para regiões metropolitanas. Os hospitais contemplados foram definidos através de deliberação CIB.	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.923	09/06/1998	Institui o programa de apoio à implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência.	Revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
Resolução CFM nº 1.529	28/08/1998	Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar é um serviço médico e, portanto, a sua coordenação, regulação e supervisão direta e à distância devem ser efetuadas por médico. "Normatização da Atividade Médica na Área da Urgência-Emergência na sua Fase Pré-Hospitalar". Brasília, 1998.	Revogada pela resolução CFM1.671/2003
Resolução MS, CONSU nº 13	04/11/1998	Dispõe sobre a cobertura do atendimento nos casos de Urgência e Emergência. Institui o programa de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de urgência e emergência.	Vigente

Continuação

Instrumento legal	Data da publicação	Ementa	Situação atual
Portaria GM/MS nº 824	15/04/1999	Estabelece conceitos, princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Estabelece a normatização dos Serviços de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel de Urgências já existentes, bem como dos que viessem a ser criados no País.	Revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
Portaria GM/MS nº 479	15/04/1999	Cria mecanismos para implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências.	Vigente
Portaria GM/MS nº 824	24/06/1999	Aprova a normatização de atendimento pré-hospitalar.	Vigente
Portaria SAS/MS nº 969, de 11	11/12/2002	Institui o Formulário de Registro de Atendimento de Urgência e Emergência.	Vigente
Portaria 737	16/05/2001	Aprova a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências.	Revogada pela portaria de consolidação nº 2/2017
Portaria GM/MS nº 814	01/06/2001	Estabelece o conceito geral, os princípios e as diretrizes da regulação médica das urgências.	Revogada pela Portaria GM/MS nº 2048, de 5 de novembro de 2002
Portaria GM/MS nº 344	19/02/2002	Aprova na forma do anexo desta portaria, o "projeto de redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito - mobilizando a sociedade e promovendo a saúde" no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Revogada pela portaria de consolidação nº 5/2017
Portaria GM/MS nº 2048	05/11/2002	Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. estabelece seus princípios e diretrizes; define normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência.	Vigente
Portaria GM/MS nº 1.839	09/10/2002	Exclui o recebimento do Índice de Valorização Hospitalar de Emergência.	Vigente
Resolução CFM nº 1.671	09/06/2003	Dispõe sobre a regulamentação do atendimento pré-hospitalar	Vigente
Portaria GM/MS nº 1.863	29/09/2003	Instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.	Revogada pela Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de Julho de 2011:
Portaria GM/MS nº 1.864	29/09/2003	Institui o componente pré-hospitalar móvel da política nacional de atenção às urgências, por intermédio da implantação de serviços de atendimento móvel de urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192.	Portaria GM/MS nº 2.026, de 24 de Agosto de 2011
Portaria GM/MS nº 2.072	30/10/2003	Institui o comitê gestor nacional de atenção às urgências.	Vigente
Decreto 5.055	28/04/2004	Institui o serviço de atendimento móvel de urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências.	Vigente

Continuação

Instrumento legal	Data da publicação	Ementa	Situação atual
Portaria GM/MS nº 1.828	02/09/2004	Institui incentivo financeiro para adequação da área física das centrais de regulação médica de urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.	Vigente
Portaria GM/MS nº 1.927	15/09/2004	Estabelece incentivo financeiro aos estados e municípios, com serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) qualificados pelo ministério da saúde, para a adequação de áreas físicas das centrais de regulação médica de urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.420	09/11/2004	Constitui grupo técnico visando avaliar e recomendar estratégias de intervenção do Sistema Único de Saúde – SUS, para abordagem dos episódios de morte súbita.	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.657	16/12/2004	Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais SAMU 192.	Vigente
Portaria GM/MS nº 3.125	07/12/2006	Institui o programa de qualificação da atenção hospitalar de urgência no Sistema Único de Saúde - programa Qualisus -, e define competências.	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.529	19/10/2006	Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS.	Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.029 de 24.08.2011
Portaria GM/MS nº 1.559	01/08/2008	Institui a política nacional de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS.	Revogada pela portaria de consolidação nº 5/2017
Portaria GM/MS nº 491	13/03/2008	Institui a Câmara de Assessoramento Técnico à CGUE/DAE/SAS/MS, para o desenvolvimento de estudos, elaboração de descritivos técnicos e termos de referência voltados aos editais de aquisição de itens relacionados ao SAMU.	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.922	02/12/2008	Estabelece diretrizes para a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências. Define conceitos, atribuições e pré-requisitos para a implementação das UPA e SE em locais/unidades estratégicas para a configuração dessas redes.	Revogada pela Portaria GM/MS nº 1.020 de 13.05.2009
Portaria GM/MS nº 2.970	08/12/2008	Institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU.	Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.026 de 24.08.2011
Portaria GM/MS nº 2.971	09/12/2008	Institui e implanta o veículo motocicleta - motolância - como integrante da frota de intervenção em toda a Rede SAMU, e define critérios e parâmetros para sua aquisição, utilização, financiamento e custeio.	Retificada em 01/2009 (art. 7º sobre os parâmetros de custeio)

Continuação

Instrumento legal	Data da publicação	Ementa	Situação atual
Portaria GM/MS nº 1.020	13/05/2009	Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo - UPA e SE, visando à organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências.	Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.648 de 07.11.2011
Portaria GM/MS nº 1.600	07/06/2011	Reformula a PNAU, institui a Rede de Urgência e Emergência (RUE), e a criação da Força Nacional de Saúde.	Revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
Portaria GM/MS nº 1.601	07/06/2011	Estabelece as diretrizes para a implantação do Componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA - 24 horas), e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.	Vigente
Resolução GM/MS nº 443	18/07/2011	Aprova a criação da Força Nacional de saúde do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), sob a gestão do Ministério da Saúde.	vigente
Portaria GM/MS nº 4.279	30/12/2010	Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Revogada pela portaria de consolidação nº 3/2017
Portaria GM/MS nº 2.026	24/08/2011	Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.	Revogada pela portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012
Portaria GM/MS nº 2.301	29/09/2011	Altera os arts. 35 e 40 da Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011, que aprova as Diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192).	Revogada pela portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012
Portaria GM/MS nº 2338	03/10/2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente sala de estabilização (SE) da rede de atenção às urgências.	Revogada parcialmente pelas portarias de consolidação, ambas de 2017
Portaria GM/MS nº 2.395	11/10/2011	Organiza o componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Vigente. Alterações pela PRT GM/MS nº 2809 de 12/2012: parágrafo único do art. 1º, item II do art. 3º e art. 11. Revogada Seção II do Capítulo III - dos leitos de retaguarda.
Portaria GM/MS nº 2.649	07/11/2011	Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.026/GM/MS, de 24 de agosto de 2011. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.	Revogada parcialmente pela PRT GM/MS nº 2809 de 07.12.2012.
Portaria GM/MS nº 1.010	21/05/2011	Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.	Revogada parcialmente pelas Portarias de consolidação número 5 e 6 de 2017

Continuação

Instrumento legal	Data da publicação	Ementa	Situação atual
Portaria GM/MS nº 804	28/11/2011	Na tabela de tipo de estabelecimentos do SCNES, alterar a descrição do tipo 42 - unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência e emergência para unidade móvel de nível pré-hospitalar na área de urgência.	Revogada pela portaria nº 356, de 8 de abril de 2013
Portaria GM/MS nº 1.663	06/08/2012	Dispõe sobre o programa SOS - Emergências no âmbito da rede de atenção às urgências e emergências (RUE).	Vigente
Portaria GM/MS nº 1.792	22/08/2012	Institui incentivo financeiro de custeio destinado à centrais de regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.820	28/11/2011	Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Deverá seguir o disposto no art. 10 da Portaria nº 2.648/GM/MS, de 7 de novembro de 2011.	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.821	28/11/2011	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.338	03/10/2011	Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências.	Vigente
Portaria GM/MS nº 2.029	24/11/2011	Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Revogada pela PRT GM/MS nº 2.527 de 27.10.2011
Portaria GM/MS nº 672	18/11/2011	Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, de estabelecimentos e equipes que farão parte da Atenção Domiciliar no SUS.	Revogada pela PRT nº 739/SE/MS de 29.08.2012
Portaria GM/MS nº 2.527	27/10/2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS;	Revogado pela PRT GM/MS nº 963 de 27.05.2013
Portaria GM/MS nº 2.994	13/12/2011	Aprova a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas. Cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.	Vigente
Portaria GM/MS nº 1.172	05/06/2012	Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.	Revogada pela PRT GM/MS nº 342 de 04.03.2013

Continuação

Instrumento legal	Data da publicação	Ementa	Situação atual
Portaria GM/MS nº 1.663	06/08/2012	Dispõe sobre o programa SOS - Emergências no âmbito da rede de atenção às urgências e emergências (RUE).	Revogada parcialmente
Portaria GM/MS nº 2.809	07/12/2012	Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Vigente
Portaria GM/MS nº 665,	12/04/2012	Dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centros de Atendimento de Urgência aos Usuários com Acidente Vascular Cerebral (AVC) no âmbito do SUS; institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC. Portaria GM/MS nº 664, de 12 de abril de 2012, aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Trombólise no Acidente Vascular Cerebral Isquêmico Agudo.	Vigente
Portaria GM/MS nº 66,	24/01/2012	Estabelece as compatibilidades e quantidades dos seguintes procedimentos especiais com os Procedimentos Principais da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais – OPM, do SUS.	Vigente
Portaria GM/MS nº 342,	04/03/2013	Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h), e do conjunto de serviços de urgência 24 horas não-hospitalares da Rede de atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de atenção às Urgências, e dispõe de incentivo financeiro para as UPAs novas e ampliadas, bem como o custeio mensal.	Revogada parcialmente pela portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014
Portaria GM/MS nº 1.366,	08/07/2013	Estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha de Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Vigente
Portaria GM/MS nº 1.365,	08/07/2013	Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. Portaria GM/MS nº 1.473, de 18 de Julho de 2013, altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.	Vigente

Continuação

Instrumento legal	Data da publicação	Ementa	Situação atual
Portaria GM/MS nº 1.208,	18/07/2013	Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.	Vigente
Portaria GM/MS nº 1.473	18/07/2013	Altera a portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192) e sua central de regulação das urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.	Revogada pela portaria nº 2.501, de 28 de setembro de 2017
Portaria GM/MS nº 356	08/04/2013	Define o cadastramento, no SCNES, das centrais de regulação das urgências e das unidades móveis de nível pré-hospitalar de urgências pertencentes ao componente SAMU 192 da Rede de Atenção às Urgências.	Vigente
Portaria GM/MS nº 354,	10/03/2014	Propõe projeto de "Boas práticas para organização e funcionamento de serviços de urgência e emergência".	Vigente
Resolução nº 10 da CIT,	08/12/2016	Dispõe, complementarmente, sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Vigente
Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS,	28/09/2017	Estabelece a organização dos cuidados prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências e demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Vigente
Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS,	28/09/2017	Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS).	Vigente
Portaria de Consolidação nº 3,	28/09/2017	Consolida as normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.	Vigente
Portaria de Consolidação nº 6,	28/09/2017	Consolida as normas sobre financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.	Vigente
Portaria GM/MS nº 10	03/01/2017	Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Vigente
Portaria GM/MS nº 386,	27/07/2017	Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Distrito Federal.	Vigente

Continuação

Instrumento legal	Data da publicação	Ementa	Situação atual
Portaria GM/MS nº 3.583,	05/11/2018	Estabelece os procedimentos para execução do disposto no art. 2º do Decreto nº 9.380, de 22 de maio de 2018, que trata da readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos, com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde.	Vigente
Decreto nº 9.380	20/05/2018	Dispõe sobre a readequação da rede física do Sistema Único de Saúde oriunda de investimentos realizados pelos entes federativos, com recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde.	Altera o Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012
Lei nº 13.979	06/02/2020	Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública, de importância internacional, decorrente do coronavírus, responsável pelo surto de 2019.	Vigente
Portaria GM/MS nº 395	16/03/2020	Estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade - MAC, a ser disponibilizado aos Estados e Distrito Federal, destinados às ações de saúde para o enfrentamento do Coronavírus - COVID-19.	Vigente
Portaria GM/MS nº 245	24/03/2020	Inclui procedimento na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPM) do Sistema Único de Saúde (SUS), para atendimento exclusivo de pacientes com diagnóstico de infecção pela COVID-19.	Vigente
Lei nº 13.995	05/05/2020	Dispõe sobre a prestação de auxílio financeiro, pela União, às santas casas e hospitais filantrópicos, sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), no exercício de 2020, com o objetivo de lhes permitir atuar de forma coordenada no combate à pandemia da COVID-19.	Vigente
Portaria GM/MS nº 732	07/04/2020	Prorroga os prazos de qualificação do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU 192).	Vigente
Portaria GM/MS nº 1.666	01/06/2020	Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros aos Estados, Distrito Federal e Municípios para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente da COVID-19.	Vigente

Conclusão

Instrumento legal	Data da publicação	Ementa	Situação atual
Resolução COFEN nº 653	23/10/2020	Normatiza a prerrogativa de identificação de morte óbvia por profissionais de Enfermagem em serviços públicos e privados de atendimento pré-hospitalar móvel.	Vigente
Resolução COFEN nº 655	14/12/2020	Normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem no Atendimento Pré-hospitalar (APH) móvel Terrestre e Aquaviário, quer seja na assistência direta, no gerenciamento e/ou na Central de Regulação das Urgências (CRU).	Vigente
Resolução COFEN nº 688/2022	04/02/2022	Normatiza a implementação de diretrizes assistenciais e administrativa de medicação para equipe de enfermagem que atua na USB e reconhece o Suporte Intermediário de Vida (SIV) em serviços públicos e privados.	Vigente

Legenda: CGUE/DAE/SAS/MS/UPA/SE: Coordenação Geral de Urgência e Emergência/Departamento de Atenção Especializada/Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde/Unidades de Pronto Atendimento/Salas de Estabilização.

2.3 A Regionalização da Saúde (RAS)

Em 2010, no processo de regionalização do SUS, ganharam protagonismo os conceitos de Região de Saúde (RS) e de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Segundo o decreto n. 7.508/2011, a região de saúde é compreendida como:

Espaço geográfico constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados [...]. Deve conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

O Decreto nº 7.508, de 2011, regulamentou a articulação federativa, a região de saúde, o contrato organizativo de ação pública da saúde, o planejamento regional, as portas de entrada do SUS, dentre outros elementos. Estipulou para os entes federativos na região de saúde definirem, de comum acordo, as responsabilidades sanitárias, as quais devem estar fixadas no contrato organizativo de ação pública da saúde para a sua necessária garantia jurídica (SANTOS; ANDRADE, 2007).

2.3.1 Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS)

A origem da proposição das RAS ocorreu na década de 1920, no Reino Unido, quando

foi elaborado o relatório de Dawson como resultado de um amplo debate de mudanças no sistema de proteção social. A proposta contida nesse relatório visava organizar sistemas regionalizados de saúde que atendessem as necessidades da população de forma eficaz (OLIVEIRA, 2016). A proposta mais recente sobre a RAS surgiu na metade dos anos 90, tendo sua origem nas experiências de sistemas integrados de saúde. Isso significa que foi gerada no ambiente de um sistema fracionado, com supremacia do setor privado (MENDES, 2011).

O território estabeleceria a organização de serviços, os quais deveriam ofertar a atenção integral para população, com base nas características de "porta de entrada" do sistema. As demais, considerariam a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Os casos que não pudessem ser resolvidos em centros primários e secundários seriam encaminhados a um hospital de referência vinculado a tais serviços. A organização dos profissionais seria de forma integrada, de modo que poderiam acompanhar os indivíduos adscritos, desde a queixa inicial até o regresso ao domicílio (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A organização em redes foi concebida como uma resposta para a garantia do acesso e à qualidade a toda população, por meio de oferta de serviços e adoção de mecanismos de referência. Portanto, a regionalização deveria ser baseada em territórios compatíveis com autossuficiência em recursos de saúde, em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões, como forma de assegurar o acesso (SILVA; ANDRADE, 2014). A região de saúde, ainda que inferida em razão do disposto no art. 198 da Constituição, não foi de imediato disciplinada. A Lei nº 8.080, de 1990, não dispôs sobre região de saúde como um instituto. Tratou da regionalização sem, contudo, disciplinar a região de saúde, o que somente ocorreu com o Decreto nº 7.508, de 2011, ainda que portarias ministeriais o tivessem feito sem o mesmo peso e segurança jurídica de um decreto disciplinador da Lei nº 8.080 (SANTOS; ANDRADE, 2007).

Diante de tantas mudanças no cenário de atenção à saúde, na organização dos atendimentos às urgências e das necessidades da reorganização dos serviços frente à demanda e ao perfil dos atendimentos da saúde no Brasil; e, considerando o avanço no processo de implementação do SUS, com a evidente necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, foi instituída a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010. Esta portaria já destacava os fundamentos conceituais essenciais para a organização das RAS nos territórios, como estratégia para superar a fragmentação da

atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2010a).

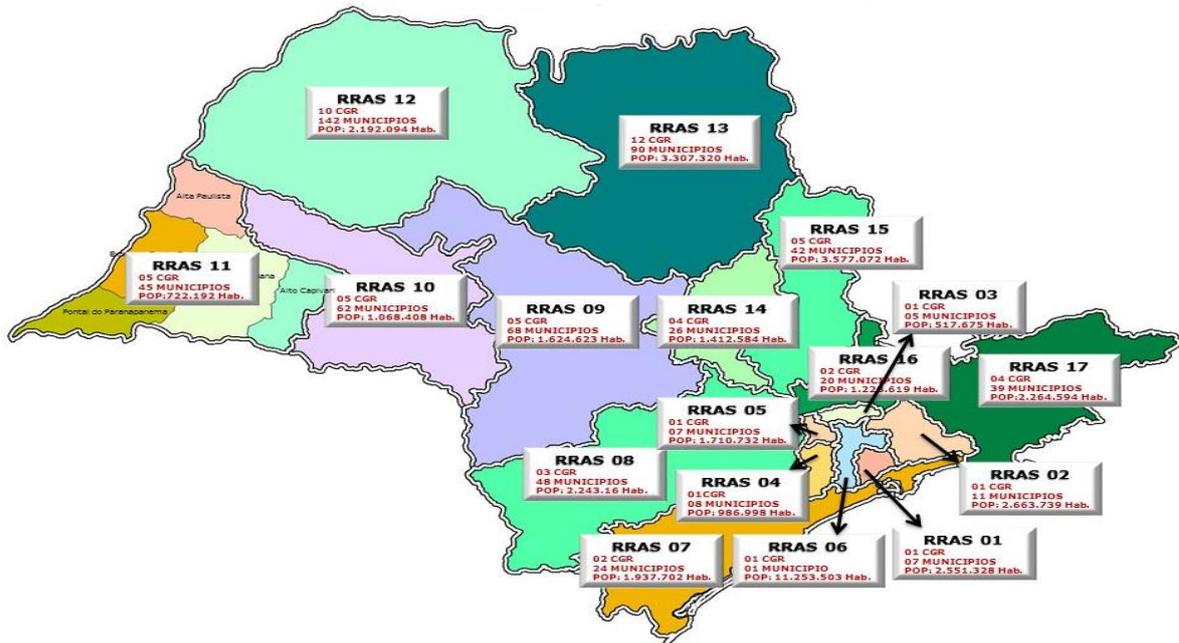
Portanto, a região de saúde deve ser dotada de características que possibilitem a organização de rede de atenção à saúde. Ou seja, um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. No Estado de São Paulo, a partir da pactuação entre os gestores municipais e a Secretaria de Estado da Saúde, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite, constituiu-se, para além das 63 regiões de saúde, a composição de 17 RRAS que deveriam permitir acesso assistencial dentro de um território ampliado, composto por mais de uma região de saúde (LIMA et al., 2012a; PASCHOALOTTO et al., 2018).

Assim, é possível identificar quatro etapas na implantação da política de urgência no Brasil: até 2003, produção das principais normas que instituíram a política; de 2003 a 2008, predomina a implantação do SAMU; e de 2008 a 2009, predomina a implantação das UPAs. E, no quadriênio 2011 a 2014, as RRAS e as redes temáticas. Nos anos de 2011 a 2013, o Ministério da Saúde concentrou seus esforços na implantação das Redes Temáticas (RT), um avanço na organização do SUS, nos seus resultados e na sua avaliação pela população (BRASIL, 2014), com o SAMU participando como um elo em todas elas, e ordenando as urgências. As redes temáticas já normatizadas e implantadas são as seguintes:

- Rede de Atenção à Urgência, publicada pela Portaria GM/MS 1600/2011;
- Rede Cegonha (Portaria GM/MS 1459/2011);
- Rede de Atenção Psicossocial (Portaria GM/MS nº 3.088/2011);
- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria GM/MS 793/2012);
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS 252/2013).

No Estado de São Paulo, o processo de construção das RRAS teve início em 2011, e foi concluído com a constituição de 17 RRAS. Essa rede tem como finalidade garantir a universalidade e integralidade da assistência a toda população paulista, independentemente do local de residência (Deliberação CIB nº 06 de 8/2/12) (Figura 1).

Figura 1 - As RRAS, segundo regionalização de Saúde e divisão geográfica por Redes Regionais de Atenção à Saúde. Botucatu-SP, Brasil-2021



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo

2.3.2 Rede de Urgências e Emergências (RUE)

Os Serviços de Urgência e Emergência foram criados para prestar atendimento imediato a pacientes com agravo à saúde, e oferecer atenção de alta complexidade e garantir todas as manobras de sustentação da vida, com condições de dar continuidade à assistência no local ou em outros níveis de atenção (secundário ou terciário), conforme a gravidade do caso (NASCIMENTO et al., 2011).

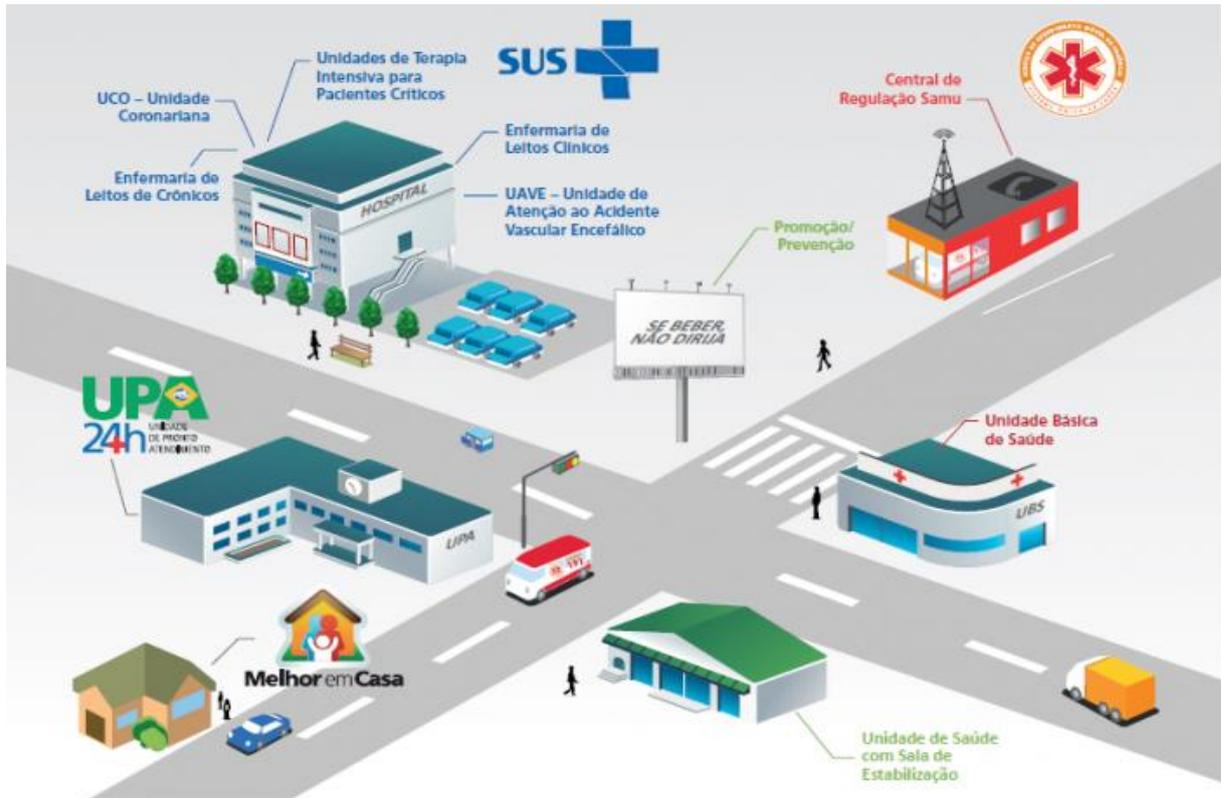
Em meio às inúmeras Leis, Resoluções e Portarias brasileiras que versam sobre a atenção às urgências e emergências, a RUE foi instituída no SUS. Esta rede objetiva articular e integrar os equipamentos de saúde, a fim de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral às pessoas em situação de urgência e emergência, de modo que se tenha uma assistência à saúde de forma ágil e oportuna em todo o território nacional (BRASIL, 2013). As RUE surgem em consonância com as redes de atenção à saúde, priorizando a estruturação das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia (BRASIL, 2013), com objetivo de reduzir danos e óbitos, além de aumentar a sobrevivência dos pacientes. Para Ortiga (2014), o SAMU é o centro da rede de urgência e busca, como efeito imediato, a agilidade, a adequabilidade do atendimento e a integração da rede de serviços. Sua complexidade se dá pela necessidade do atendimento 24 horas às diferentes condições de saúde – agudas ou

crônicas agudizadas, sendo elas de natureza clínica, cirúrgica, traumatológica, dentre outras (BRASIL, 2013).

Dentre os componentes da RUE, a “Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde tem por objetivo estimular e fomentar o desenvolvimento de ações de saúde e educação permanente [...]”, (BRASIL, 2011a, p. 4). A Atenção Básica deve ampliar o acesso, fortalecer o vínculo e responsabilização, e dar o primeiro cuidado às urgências e emergências em ambiente adequado etc. (BRASIL, 2011a). O SAMU e suas Centrais de Regulação precisam chegar o mais rápido possível até a vítima, e garantir o transporte adequado para o serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS (BRASIL, 2011a). O Componente da Sala de Estabilização necessita ter ambiente para estabilizar os pacientes críticos e/ou graves, e garantir assistência 24 horas (BRASIL, 2011a). A Força Nacional de Saúde deve garantir a integralidade na assistência em situações de risco ou emergência para populações com vulnerabilidade (BRASIL, 2011a).

A UPA (24 horas) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, e deve prestar o atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados; e, quando necessário, encaminhar a serviços hospitalares de maior complexidade (BRASIL, 2011a). As Portas Hospitalares de Urgência são compostas pelas enfermarias de retaguarda, pelos leitos de cuidados intensivos, pelos serviços de diagnóstico por imagem e laboratório, além das linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2011a). A Internação Domiciliar compreende um conjunto de ações integradas e articuladas de promoção, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio do indivíduo (BRASIL, 2011a) (Figura 2).

Figura 2 - Componentes da RUE, segundo a portaria 1.600/2011. Botucatu-SP, Brasil-2021



Fonte: Ministério da Saúde (2019)

2.3.3 Aspectos históricos da implantação do serviço de Atendimento Pré-hospitalar (APH)

Condições de risco para a vida das pessoas sempre existiram e, movido pelo instinto de preservação da vida, pensando em manter suas condições vitais, o ser humano teve a preocupação de buscar, o mais precocemente possível, um suporte para preservar a vida. Falar em preservação da vida, ao longo dos séculos, implica em lembrar como foi possível ressuscitar indivíduos “aparentemente mortos”. Cientificamente, isso só foi considerado possível a partir do século XVIII. Até então, apesar de haver registros de sucesso, estes eram envoltos em misticismo e crenças religiosas. As manobras de ressuscitação foram desenvolvidas, e se tornaram realidade após a década de 1960 (TIMERMAN et al., 2007).

Os primeiros atendimentos de urgência e emergência aconteceram nas grandes Guerras do século XVIII, no período napoleônico. Neste período, os soldados feridos eram transportados por carroças com tração animal para além do campo de batalha, para serem atendidos por médicos (RAMOS; SANNA, 2005). Em 1972, o médico cirurgião e chefe militar, Dominique Larrey, começa a “dar os cuidados iniciais” aos soldados feridos no próprio campo de batalha, no intuito de aumentar as chances de sobrevivência e diminuir

possíveis complicações. Algum tempo depois, os próprios combatentes foram treinados para prestarem os primeiros socorros no campo de batalha. Essas experiências associadas ao transporte rápido dos feridos diminuíram, em grande escala, a morbimortalidade por causas externas, na época (SILVA et al., 2010).

O socorro sistematizado emergencial prestado às vítimas em situações críticas teve suas bases alicerçadas durante a guerra civil americana, em que muitas vidas eram perdidas, principalmente de soldados, por falta de atendimento imediato. Dessa forma, foi identificada a necessidade de providências para agilizar o atendimento às vítimas ainda no campo de batalha. Alguns conceitos, como segurança da cena (evitar se tornar mais uma vítima; evitar a ocorrência de novas vítimas); exame primário (tratamento das lesões em risco de vida; evitar mais dano); e a própria questão do transporte rápido (para o local de tratamento definitivo), são oriundos dessa época (NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS, 2004).

Tecnicamente, o marco da criação da ambulância projetada é creditado ao médico Dominique Jean Larrey (1766-1842), considerado o “Pai da Medicina Militar”. Como cirurgião do exército napoleônico, identificou a necessidade de resgatar os feridos não apenas após o término do conflito, mas ainda durante a batalha. Larrey, necessitando estabelecer atendimento imediato, projetou Unidades de Transporte de Feridos, que batizou como “ambulâncias voadoras”, pois tinham como características serem leves e velozes. O aumento da velocidade se deu, inicialmente, pelo uso de dois cavalos paralelos, que, posteriormente, foram perfilados. E, adicionalmente, contribuíram para as características citadas: o emprego de madeira leve, rodas pequenas e teto arredondado para evitar retenção de água na madeira durante a chuva (FERRARI, 2006).

Na prática civil, os médicos demoraram a se mobilizar, mesmo diante do aumento progressivo das perdas de vidas humanas por traumas advindos de causas externas, principalmente acidentes de trânsito. Essa demora fez com que as autoridades sanitárias, inicialmente, delegassem a responsabilidade deste serviço aos responsáveis pelo resgate – os militares do Corpo de Bombeiros –, retirando a característica sanitária deste atendimento. (LOPES, FERNANDES, 1999).

Nesse contexto, foi detectada a predominância de dois modelos da APH: o francês e o americano. O francês tinha foco no início precoce da terapêutica, essencial em emergências clínicas, o que levava a um tempo maior para o deslocamento até uma unidade hospitalar definitiva para a continuidade do tratamento. Esse aspecto pode não ser positivo na vigência de atendimento que envolvia traumas (LOPES, FERNANDES, 1999). O modelo americano,

por outro lado, propunha uma remoção rápida do paciente do local do atendimento para o hospital de referência, e os profissionais envolvidos no atendimento eram técnicos em emergências médicas e paramédicos (MACHADO et al., 2011). A análise da experiência internacional foi considerada pelos organizadores de projetos iniciais de alguns estados e municípios brasileiros e da atual PNAU no Brasil, o que permitiu captar essa evolução. No Quadro 2 foram demonstradas as particularidades do APH anglo-americano/franco-germânico/brasileiro.

Quadro 2 - Características do APH anglo-americano/franco-germânico/brasileiro. Botucatu-SP, Brasil-2021

Continua

CARACTERÍSTICAS	MODELO ANGLO-AMERICANO	MODELO FRANCO-GERMÂNICO	MODELO BRASILEIRO
Objetivo	Atendimento pré-hospitalar	Sistema de atendimento às urgências	Atendimento pré-hospitalar
Origem	Experiência na remoção de vítimas na II Guerra Mundial, da Criméia e Vietnã. Em 1962, foi criado o primeiro Serviço Civil.	Princípios do Dr. Larrey, na era Napoleônica. Anestesiastas reanimadores nos anos 50. Em 1965 foram criados os Serviços Móveis de Urgência e Reanimação. Em 1968, nasceu o SAMU, com a finalidade de coordenar as atividades desses serviços.	O SAMU no Brasil (SAMU 192) teve início através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, por uma solicitação do Ministério da Saúde. Foi criado em 2003 e oficializado pelo Ministério da Saúde por meio do Decreto nº. 5.055, de 27 de abril de 2004.
Número de acionamento	Gratuito: 911	Gratuito: 15	Gratuito: 192
Nome Oficial	Serviço de Emergências Médicas (SEM)	Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU)	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
Cobertura	90% da população das grandes cidades	100% da população	100% SAMUs Estaduais; 89% SAMUs Regionais/Municipais
Financiamento	Híbrido (Governamental) – organizações públicas e privadas com apoio dos hospitais. Depende da Região, Estado e Município.	100% Público (Governamental)	I - União: 50% da despesa; II - Estado: no mínimo 25% da despesa; e III - Município: no máximo 25% da despesa.
Recursos Humanos	Paramédicos e técnicos em emergências médicas (EMT). Bombeiros. Médico atua como Supervisor do sistema à distância, e em desastres em massa.	Equipe multiprofissional, formada por médicos, enfermeiros e ambulancistas. Presença de médicos na central de regulação, nas ambulâncias e nos locais de atendimento.	I Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por, no mínimo, 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem; II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por, no mínimo, 3 profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico; III - Equipe de Aeromédico: Piloto, composta por, no mínimo, um médico e um enfermeiro;

Continuação

CARACTERÍSTICAS	MODELO ANGLO-AMERICANO	MODELO FRANCO-GERMÂNICO	MODELO BRASILEIRO
Objetivo	Atendimento pré-hospitalar	Sistema de atendimento às urgências	Atendimento pré-hospitalar
Recursos Humanos			IV - Equipe de Embarcação: composta por 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida; e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida; V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem, com treinamento para condução de motolância; VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.
Resolutividade	100% dos casos são encaminhados ao hospital de área.	Resolução no local. Encaminha para o hospital adequado apenas os casos julgados necessários.	Operacionalmente, o SAMU acolhe e identifica as solicitações, as quais são julgadas e classificadas de acordo com protocolos próprios do serviço. O médico regulador opta por orientar o atendimento pelo telefone, enviar uma Unidade de Suporte Básico (USB) ou uma Unidade de Suporte Avançado (USA). Após sua avaliação no local e sua estabilização, o paciente é transportado até um serviço de saúde que possa atender sua demanda naquele momento.
Escolaridade dos profissionais	Paramédicos: 2º grau e participação em extenso Programa de Formação (dois a três anos). Bombeiros: Treinados nas técnicas de reanimação cardiorrespiratória básica. Médico: superior	Superior (médico) e Médio (enfermagem e ambulancista). Formação específica.	Superior (médicos e enfermeiros) e Médio (técnico e auxiliar de Enfermagem e ambulancista). TARM (telefonistas auxiliar regulação médica). Formação específica. (Condutor ambulância) (Condutor da embarcação) (Piloto)
Custos de Implantação	Tem um custo financeiro maior, mas é facilmente implantado, pois a maioria dos recursos humanos são de 2º grau completo, com capacitação específica.	Sua implementação é complexa, pois depende da integração de diversas esferas governamentais e de recursos humanos especializados disponíveis.	Sua implementação é complexa, pois depende da integração de diversas esferas governamentais e de recursos humanos especializados disponíveis.
Regulação Médica	Não existe	Existe em 100% das chamadas	Existe em 100% das chamadas
Supervisão	Existe, e ocorre pelo médico do hospital de área.	Indireta, pelo Médico Regulador; e direta, pelo médico intervencionista.	Indireta, pelo Médico Regulador; e direta, pelo médico intervencionista. Equipe de enfermagem, pelo enfermeiro

CARACTERÍSTICAS	MODELO ANGLO-AMERICANO	MODELO FRANCO-GERMÂNICO	MODELO BRASILEIRO
Objetivo	Atendimento pré-hospitalar	Sistema de atendimento às urgências	Atendimento pré-hospitalar
Transporte aéreo	Presença física do médico	Presença física do médico	Presença física do médico/enfermeiro
Referências hospitalares	Os paramédicos distribuem-se por regiões onde exista um hospital de área que os acompanha e recebe os pacientes/vítimas atendidas.	Os encaminhamentos são realizados conforme o grau de urgência e das necessidades detectadas, quando do atendimento <i>in loco</i> , para o hospital adequado às necessidades.	A central de regulação direcionará o paciente para um hospital ou serviço que possua recursos disponíveis para atender o caso e urgência/emergência.

Fonte: Material elaborado pela autora.

2.3.4 O componente pré-hospitalar móvel no Brasil

Até o final do século XVIII não havia atendimento pré-hospitalar no Brasil, e os doentes ou acidentados tinham que ser levados aos poucos hospitais da época, no lombo de animais. A partir de 1808, com a chegada da Família Real Portuguesa à cidade do Rio de Janeiro, esse transporte passou a ser feito em carruagens, e o Estado assumiu a função de levar os doentes e acidentados aos hospitais. Ao longo do século XX, o serviço foi aperfeiçoado, inclusive em termos de profissionais que nele atuavam, como o enfermeiro (SILVA et al., 2010).

No Brasil, o surgimento do atendimento às vítimas no local dos acontecimentos dos fatos também é bem antigo. Em 1893 foi criada uma lei pelo Senado da República que previa dar socorro em via pública na, então, capital do país, Rio de Janeiro. Em 1899, também na capital, foi colocada em funcionamento a primeira ambulância (de tração animal), pelo Corpo de Bombeiros. Já no estado de São Paulo, no ano de 1893, ficou sob responsabilidade dos médicos do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado, os atendimentos às emergências médicas, definidos por meio do Decreto nº 395 de 7 de outubro (O'DWYER et al., 2017).

Dados históricos evidenciam que o APH surgiu no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, em 1893, como medida de intervenção por parte do Estado, através do Setor de Saúde e Segurança Pública. Sua finalidade era proporcionar atendimento precoce, rápido, com transporte adequado a um serviço emergencial definitivo, a fim de diminuir os riscos, complicações, sequelas e aumentar a sobrevivência das vítimas (MACHADO, 2007). Nesse mesmo ano, por força do Decreto nº 395, o Estado de São Paulo, estabeleceu a responsabilidade do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado para atender as ocorrências. Em 1910, com o Decreto nº 1392, tornou-se obrigatório o deslocamento dos médicos aos locais de

acidentes e incêndios para o atendimento imediato das vítimas. Nessa época, o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro tentava incorporar no Brasil os modelos de ambulância motorizados e equipados, idealizados pela Cruz Vermelha Internacional.

Em 1950, instalou-se, em São Paulo, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), responsável pelo atendimento de urgência que pertencia à antiga Secretaria Municipal de Higiene, e que fora criado pelo Decreto nº 16629/1950. A equipe era composta por condutor, enfermeiro e médico ou acadêmico de medicina (SILVA et al., 2010). Esse serviço se constituiu como uma estratégia de intervenção por parte do Estado, para ofertar atendimento precoce e ágil, com transporte adequado a um serviço emergencial, visando, assim, reduzir riscos, complicações e aumentar a sobrevivência das vítimas (SILVA et al., 2020).

Em 1989, por meio de um acordo assinado entre o Brasil e a França, por solicitação do Ministério da Saúde brasileiro, deu-se origem ao Projeto Resgate, na cidade de São Paulo, com a criação do SAMU. Esse projeto era apoiado por uma resolução conjunta entre as Secretarias Estaduais da Saúde e de Segurança Pública, Corpo de Bombeiros e Grupamento de Rádio Patrulha (MACHADO et al., 2011). Nessa época, a frota era composta por 35 viaturas de resgate, tripuladas por três bombeiros cada; duas viaturas de suporte avançado, tripuladas por condutor, médico e enfermeiro; três helicópteros, tripulados por dois pilotos, um médico e um enfermeiro, e equipados com respirador, desfibrilador e demais materiais. Mas, devido à escassez de recursos, adotou-se para este serviço uma sistemática de atendimento mista, ou seja, nos moldes do atendimento norte-americano e francês (MACHADO et al., 2011).

A concepção do SAMU brasileiro recebeu influências tanto da APH francesa quanto das inovações introduzidas pela cidade de Nova York/EUA, no final do século XIX, quando o serviço resolveu dotar as ambulâncias de equipamentos para prestação de atendimento pré-hospitalar, durante o transporte do paciente (MARQUES, 2013). Os primeiros SAMUs foram inaugurados antes da primeira regulamentação federal de 2003 por iniciativa de gestores que pertenciam à RBCE e implementavam soluções, tendo ocorrido a inauguração em São Paulo em 1989; Belém do Pará, em 1994; e Porto Alegre, em 1995. De 2000 a 2002 foram inaugurados os SAMUs de Natal e Recife, respectivamente (MUELLER et al., 2016).

A maior dificuldade que o atendimento pré-hospitalar enfrentou no Brasil sempre foi uma legislação fundamentada e consistente, o que resultou na criação de várias estruturas de atendimento pré-hospitalar sem padrões e protocolos pré-definidos. A partir de 1997, os Conselhos Federais de Medicina e de Enfermagem começaram a questionar a eficácia do

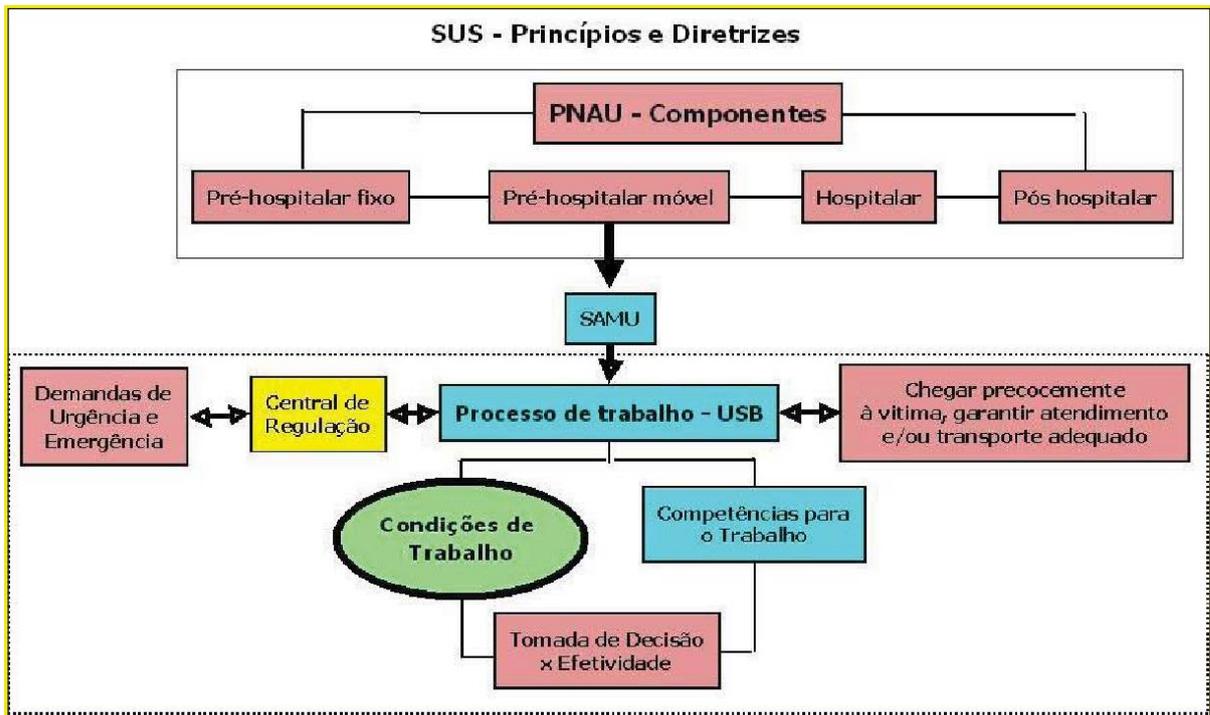
atendimento de APH prestado pelo Corpo de Bombeiros, visto que não possuíam embasamento teórico-técnico suficiente. Em 1998, o Conselho Federal de Medicina lançou a Resolução 1.529/98 que normatizava a atividade médica na área de urgência/emergência na APH, revogada pela Resolução 1.671/2003. A partir disso, o Ministério da Saúde criou uma série de portarias que visava a regulação da Rede de Urgência e Emergência em todo o país (SILVA, et al., 2010; O'DWYER et al., 2017). Em 2004, por meio do decreto presidencial nº 5.055, de 27 de abril de 2004, foi instituído o SAMU, em municípios e regiões do território nacional. Nesse decreto também foi estabelecido o acesso ao atendimento, a nível nacional, pelo número telefônico único 192, vinculado às centrais de regulação; bem como orientou os municípios interessados sobre a forma de adesão ao convênio (BRASIL, 2004a). No referido decreto, ainda é informado que a instituição do SAMU visa “a implementação de ações com maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde de caráter emergencial e urgente”. Entretanto, a normatização do SAMU somente veio em 2012, com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2012).

Em 2013, o Ministério da Saúde publica o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, no qual o SAMU é descrito como componente da RUE. Essa rede tem atenção prioritária dentre as redes temáticas prioritárias da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, e se sobressai por ter em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros. (BRASIL, 2013).

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013).

O SAMU tem um importante papel como porta de entrada do SUS, caracterizado pela diversidade de demanda nos atendimentos emergenciais da população. Possui abrangência tanto municipal como também regional, a depender do arranjo organizacional de cada Estado. No que concerne aos aspectos relacionados à sua gestão, pode se dar na esfera municipal ou estadual, com o financiamento predominantemente feito a partir de incentivos federais, e com a possibilidade de coparticipação das demais esferas de governo (TELES et al., 2017).

Figura 3 - Modelo Teórico-Lógico de avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU. Botucatu-SP, Brasil-2021



Fonte: Elaborado pela autora.

2.3.5 Etapas do atendimento na Central de Regulação

Os chamados para o SAMU são recebidos pela equipe das Centrais de Regulação, composta por Técnicos Auxiliares de Regulação Médica (TARM) e Médicos Reguladores (MR). O MR é responsável por gerenciamento dos casos de urgência e emergência; envio de recursos para o atendimento da população e decisão sobre o fluxo das Centrais de Regulação de Urgência (CRU) do SAMU 192. Os profissionais que tripulam as ambulâncias e fazem o atendimento são: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas. Para garantir a segurança da equipe e dos pacientes, o serviço possui uma equipe de higienizadores da ambulância.

O atendimento realizado pela CRU em relação ao SAMU são descritas em quatro etapas, conforme segue:

I) A primeira etapa consiste em: o SAMU é acionado por uma ligação telefônica para o número 192, na CRU. Essa etapa é realizada pelo TARM, e não deve exceder o tempo de um minuto, que coleta do solicitante as principais informações sobre localização, natureza do agravo e, sempre que possível, os dados do paciente, com finalidade de acelerar ou

abreviar a etapa da regulação médica;

II) A Segunda etapa é realizada pelo regulador médico, com o objetivo de: coletar do solicitante as principais informações sobre o quadro/situação e antecedentes mórbidos; estabelecer uma hipótese de diagnóstico sindrômico; estabelecer um grau de urgência; e decidir o tipo de resposta adequada e/ou adaptada à situação;

III) Na terceira etapa, o MR pode definir pelas seguintes condutas adaptadas a cada caso:

a) Orientação, por telefone, sem disparo de ambulância: na vigência de situação que pode ser resolvida por telefone e por encaminhamento;

b) O envio de ambulância para atendimento no local é de acordo com a gravidade da ocorrência. Pode ser acionada a USB, composta por auxiliar ou técnico em enfermagem e condutor socorrista; ou a USA, composta por médico, enfermeiro e condutor socorrista. Podem ser liberadas mais de uma ambulância para uma mesma ocorrência, se necessário.

IV) A quarta etapa consiste no momento posterior ao recurso decidido. O chamado é enviado eletronicamente para o rádio operador (RO), que aciona as equipes mais próximas, pelo rádio ou telefone, a se dirigirem ao endereço do evento ocorrido. Dependendo da ocorrência, a CRU solicita o apoio das viaturas da equipe do Corpo de Bombeiros, das concessionárias das rodovias e da Polícia Militar (Figura 4).

Figura 4 - Representação das etapas do atendimento na central de regulação do SAMU, desde a recepção do chamado até a chegada da equipe à cena de atendimento. Botucatu-SP, Brasil-2021



Fonte: Consavap.com.br

2.3.6 Avaliação multifatorial do grau de urgência para classificação de risco e liberação do recurso

O grau de urgência é diretamente proporcional à gravidade, à quantidade de recursos necessários para atender o caso e à pressão social presente na cena do atendimento. O tempo é inversamente proporcional ao período necessário para iniciar o tratamento. A fração, abaixo, representa as variáveis que o profissional MR utiliza para avaliar o grau da gravidade e urgência do caso (BRASIL, 2006):

$$U = \frac{G \cdot A \cdot V}{T}$$

Onde:

U= Grau de gravidade;

G= Gravidade do caso;

A= Atenção: recursos necessários para o tratamento;

V= Valor social que envolve o caso;

T= Tempo para iniciar o tratamento.

A regulação médica se baseia no acolhimento, avaliação e priorização das chamadas, a fim de garantir a assistência por ordem de necessidade, e não por ordem de chegada. De acordo com a gravidade, será desencadeada uma resposta adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso; e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com as grades de serviços pactuadas previamente e pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema.

Classificação didática das urgências

- **Nível 1** - Prioridade absoluta. Risco de morte ou perda funcional grave.
- **Nível 2** - Prioridade moderada. Necessidade de atendimento médico em poucas horas.
- **Nível 3** - Prioridade baixa. Existe necessidade de avaliação médica, podendo aguardar várias horas.
- **Nível 4** - Prioridade mínima. O médico regulador pode decidir apenas orientar o solicitante.

Dessa forma três processos ocorrem na CRU de forma simultânea e sob supervisão do MR: a avaliação primária, realizada pelo MR; e a avaliação secundária, seguida da intervenção, realizada pela equipe de atendimento móvel, que informa à CRU o estado da vítima, a todo o instante. Todos os diálogos dentro de uma CRM são gravados para respaldar todos os envolvidos, desde o solicitante, o TARM, o MR, o RO e a equipe, para o registro correto e claro das informações e a manutenção e observância de pactos e posturas éticas no trato de vítimas de urgências que, dependendo gravidade do caso, perdem o direito à escolha e são submetidos a tratamentos cuja autorização a sociedade delegou ao MR (BRASIL, 2006).

Figura 5 - Central de Regulação Médica do SAMU. Bauru-SP, Brasil-2021 Botucatu-SP, Brasil-2021

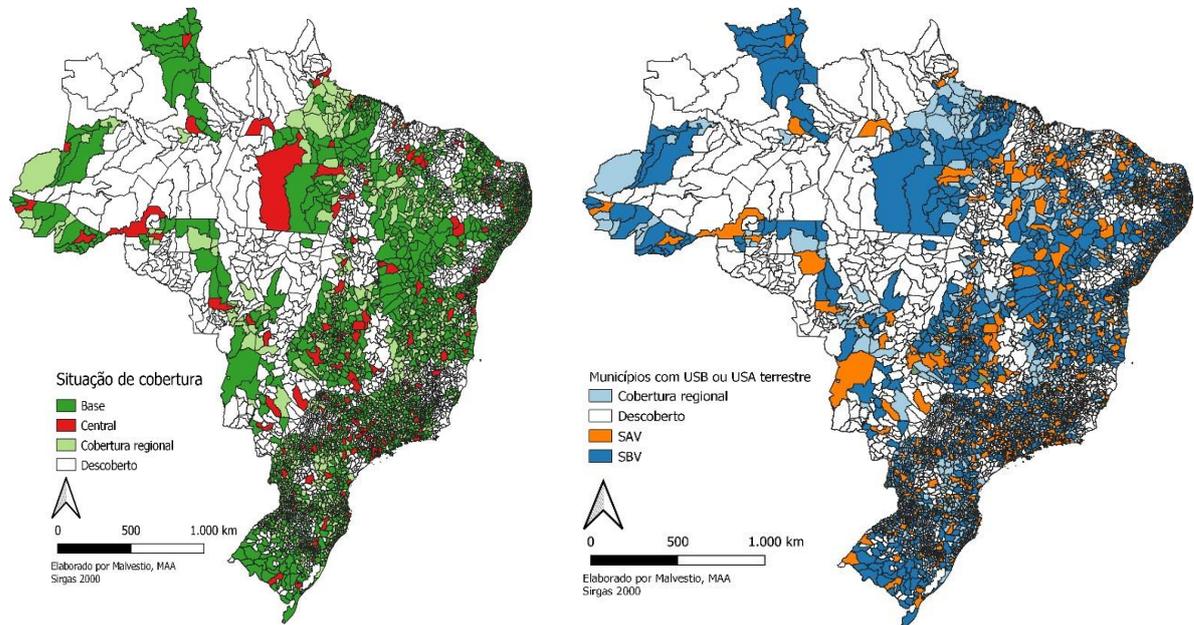


Fonte: CGUE/SAS/M

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

Segundo Malvestio e Sousa (2022), no período 2015-2019, a cobertura populacional cresceu 5,4%, e alcançou 85% dos cidadãos em 3750 municípios (67,3%), com avanço (0,6%) e predomínio (83,0%) da modalidade de Suporte Básico de Vida (Figura 6).

Figura 6 - Mapeamento dos municípios brasileiros, segundo a situação de cobertura e modalidade do SAMU. Botucatu-SP, Brasil-2021



Fonte: Malvestio (2021)

Houve variações na eficiência de cobertura entre regiões, com, por exemplo, 94,6% de cobertura na região sul, enquanto que na região norte o percentual de cobertura foi de 77,2%. A desigualdade também se deu na composição das forças de resposta, com 10,5% de equipes de suporte avançado de vida na região norte, em comparação a 18,3% na região sul. Os recursos do SAMU se concentraram em capitais e municípios com 10 a 50 mil habitantes (MALVESTIO; SOUSA, 2022). A face mais vulnerável se refere aos 1938 municípios brasileiros que estão cobertos regionalmente; e aos 1820 municípios sem cobertura, o que representam 51,8% dos municípios com população menor que 10 mil habitantes (MALVESTIO; SOUSA, 2022).

A redução de tempo-resposta é inerente ao planejamento do sistema em termos operacionais e logísticos. As ambulâncias podem ficar baseadas na própria central de regulação ou em bases descentralizadas, nos casos de SAMUs metropolitanos ou regionalizados. Para isso, compõem a frota em função de necessidades regionais, as motolâncias, ambulâncias ou embarcações, e o aeromédico, composto por helicóptero ou avião, visando o mais importante: o tempo de deslocamento da equipe de socorro até o evento. Segundo Silva (2011), diversos autores apontam a existência de uma relação direta entre o tempo de espera dos pacientes pelo atendimento e a probabilidade de sobrevivência das vítimas, ao afirmar que atrasos no envio de socorro diminuem, proporcionalmente, a taxa

de sobrevivência dos pacientes.

Figura 7 - Distribuição do número de unidades móveis do SAMU em cada estado do país, em 2017: ambulâncias, motolâncias, embarcações e aeromédicos. Botucatu-SP, Brasil-2021



Fonte: CGUE/SAS/MS.

*3- ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO
DO ATENDIMENTO PRÉ-
HOSPITALAR NA RAS-09*

3 ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR NA RAS-09: IMPLANTAÇÃO DO SAMU

3.1 O Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS 06)

O Departamento Regional de Saúde de Bauru - DRS VI/RRAS 9 (Figura 8), com sede no município de Bauru, está localizado no Centro Oeste do Estado, com 68 municípios, e é formado por cinco Regiões de Saúde:

- Região de Saúde de Bauru;
- Região de Saúde de Jaú;
- Região de Saúde de Lins;
- Região de Saúde do Polo Cuesta;
- Região de Saúde Vale do Jurumirim.

Figura 8 - As cinco regionais de saúde e os Municípios de abrangência da RRAS 09



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo.

A Região de Saúde de Bauru é composta por 18 municípios: Agudos, Arealva, Avai, Balbinos, Bauru, Borebi, Cabralia Paulista, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis,

Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves e Reginópolis, sendo Bauru o município sede da Região.

A Região de Saúde de Jaú é composta por 12 municípios: Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boracéia, Brotas, Dois Córregos, Igarçu do Tietê, Itajú, Itapuí, Jaú, Mineiros do Tietê e Torrinha, sendo Jaú o município sede da Região.

A Região de Saúde de Lins é composta por oito municípios: Cafelândia, Guaiçara, Getulina, Lins, Pongaí, Promissão, Sabino e Uru, sendo Lins o município sede da Região.

A Região de Saúde do Polo Cuesta é composta por 13 municípios: Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel, Torre de Pedra, sendo Botucatu o município sede da Região.

A Região de Saúde do Vale do Jurumirim é composta por 17 municípios: Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itai, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba e Tejuapá, sendo Avaré o município sede da Região.

3.1.1 Rede Regional de Atenção à Saúde - 09 RRAS 09 - DRS Bauru - Localização geográfica e caracterização demográfica do estudo

A RRAS 09 localiza-se na macrorregião Centro-Oeste do estado de São Paulo. É formada pelo Departamento Regional de Saúde de Bauru com 68 municípios, situados nas Regiões de Saúde do Vale do Jurumirim, Bauru, Pólo Cuesta, Jaú e Lins. A Figura 8 apresenta as RRAS, de acordo com a regionalização de Saúde e divisão geográfica por departamento regional, com uma população total de 1.686.189 habitantes (SEAD,2015).

Levantamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o MS, encontrou que do total da população brasileira, 24,5% (em 1998) e 26,3% (em 2008) possuíam plano de saúde privado. Isso demonstra que a grande maioria da população do país utiliza o SUS. O Quadro 3 mostra que o número de habitantes em cobertura suplementar de saúde vem crescendo.

Quadro 3 - População geral, população sem cobertura de saúde suplementar, por Região de Saúde, RRAS 09, em 2015. Botucatu-SP, Brasil-2021

Região de Saúde	População Geral*	População sem cobertura de saúde suplementar* (N)	População sem cobertura de saúde suplementar* (%)
Bauru	612.064	389.274	63,6
Jaú	334.547	285.700	85,4
Lins	160.235	96.144	60,0
Polo Cuesta	293.585	221.195	75,34
Vale do Jurumirim	285.758	255.527	89,42
Total Geral	1.686.189	1.247.840	74,0

Fonte: *SEADE (2015)

3.2 O processo de implantação e implementação do SAMU regional Bauru-SP

Bauru é um município brasileiro do interior do estado de São Paulo, o mais populoso do centro-oeste paulista. Pertence à Mesorregião e Microrregião de Bauru, localizado à noroeste da capital do estado, distante cerca de 326 km. Ocupa uma área total de 673.488 km², com 68.9769 km² em perímetro urbano, e os 604.51 km² restantes, na zona rural. Em 2020, a população estimada em Bauru foi de 376.818 habitantes (SEAD, 2015).

Em Bauru, o SAMU foi criado a partir de projeto elaborado por profissionais da Secretaria da Saúde, em 2004, com início das atividades da CRU para atender as demandas do próprio município, conforme portaria nº 2.715/GM/MS, de 24 de dezembro de 2004. Inicialmente, foi composto por quatro ambulâncias: uma USA (149) e três USBs (145), (146) e (147). Em 2008, a Portaria nº 1.674/GM/MS, de 13 de agosto de 2008, habilitou mais duas viaturas de USB.

A implantação do SAMU Regional aconteceu a partir dos processos de regionalização do serviço, com a inclusão de outros municípios. Esse fato foi consolidado com a Ata da Reunião Ordinária do Colegiado de Gestores da Região de Saúde DRS VI Bauru, ocorrida em 29 de abril de 2010. Concomitantemente, sob a liderança do prefeito Rodrigo Agostinho, ocorreu uma reunião com os prefeitos das 18 cidades da região de Bauru, quando se decidiu sobre a criação do SAMU Regional. Em 2011, Bauru passou a ser a sede regional do SAMU, passando a receber chamados telefônicos pelo número único 192 para os 18 municípios. Além disso, através da CRU de Bauru, passou a regular as viaturas de USA, USB e duas motos

denominadas de Unidade Rápida de Atendimento por Motociclista (URA). Na primeira etapa do projeto, seis bases operacionais foram instaladas: Agudos, Duartina, Iacanga Pirajuí e Lençóis Paulista; e, na segunda etapa, foram contempladas as bases das cidades de Piratininga e Arealva. A estrutura de recursos físico e financeiro permitiu realizar a cobertura de uma área de 5.312.399 km² e de 612.064 habitantes, como mostra os Quadros 4 e 5.

Quadro 4 - Alocação de recursos do SAMU regional Bauru, conforme subsedes em 17 municípios. Bauru-SP, Brasil-2021

SAMU REGIONAL BAURU - 17 Municípios						
Município	População	CRU/Recursos de Unidade Móvel				
		CRU	USB	USA	MOTO	VIR
Agudos	36.524	-	01	-	-	-
Arealva	8.560	-	01	-	-	-
Avaí	5.403	-	-	-	-	-
Bauru	376.818	01	07	02	02	00
Borebi	2.653	-	-	-	-	-
Cabralia Paulista	4.410	-	-	-	-	-
Duartina	12.576	-	01	-	-	-
Iacanga	11.066	-	01	-	-	-
Macatuba	17.013	-	-	-	-	-
Lençóis Paulista	66.131	-	01	-	-	-
Lucianópolis	2.364	-	-	-	-	-
Paulistânia	1.839	-	-	-	-	-
Pederneiras	44.910	-	01	-	-	-
Pirajuí	24.546	-	01	-	-	-
Piratininga	13.096	-	01	-	-	-
Presidente Alves	4.179	-	-	-	-	-
Reginópolis	8.640	-	-	-	-	-
Total	612.064	01	15	02	02	00

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

Para estimular este processo de expansão do SAMU 192 em todo o país, o Ministério da Saúde, nas várias portarias sucessivas desde 2002, garantiu investimentos tanto para aquisição de equipamentos e adequação da área física, quanto para custeio mensal das equipes de suporte básico e avançado, bem como o repasse de viaturas compradas. Os valores atuais do incentivo financeiro de custeio de fonte federal para as centrais de regulação de urgência e das equipes do SAMU dos diversos tipos de unidades móveis foram definidos na Portaria nº 1010, de 21 de maio de 2012, demonstrados no Quadro 5. Foram reajustados os valores em portaria subsequente (Portaria nº 1.473, de 18 de julho de 2013).

Quadro 5 - Repasses financeiros de acordo com a Central de Regulação das Urgências e Unidades Móveis. Bauru-SP, Brasil-2021

UF	Município	CNES	Descrição	Incentivo financeiro para qualificação anual
SP	Agudos	7241607	USB	R\$ 105.528,00
SP	Arealva	7237839	USB	R\$ 105.528,00
SP	Bauru	7240597	USB	R\$ 105.528,00
SP	Bauru	6942431	CRU	R\$ 207.858,00
SP	Bauru	7240554	USB	R\$ 105.528,00
SP	Bauru	7240570	USB	R\$ 105.528,00
SP	Bauru	7243936	USA	R\$ 116.652,00
SP	Bauru	7243928	USA	R\$ 116.652,00
SP	Bauru	7240643	USB	R\$ 105.528,00
SP	Bauru	7240627	USB	R\$ 105.528,00
SP	Bauru	7240600	USB	R\$ 105.528,00
SP	Bauru	7240589	USB	R\$ 105.528,00
SP	Bauru	7245998	Motolância	R\$ 84.000,00
SP	Bauru	7246013	Motolância	R\$ 84.000,00
SP	Duartina	7056281	USB	R\$ 105.528,00
SP	Pederneiras	7235070	USB	R\$ 105.528,00
SP	Pirajuí	7251718	USB	R\$ 105.528,00
SP	Iacanga	6953395	USB	R\$ 105.528,00
SP	Piratininga	7746938	USB	R\$ 105.528,00
SP	Lençóis Paulista	6633293	USB	R\$ 105.528,00
			TOTAL	R\$ 2.192.082,00

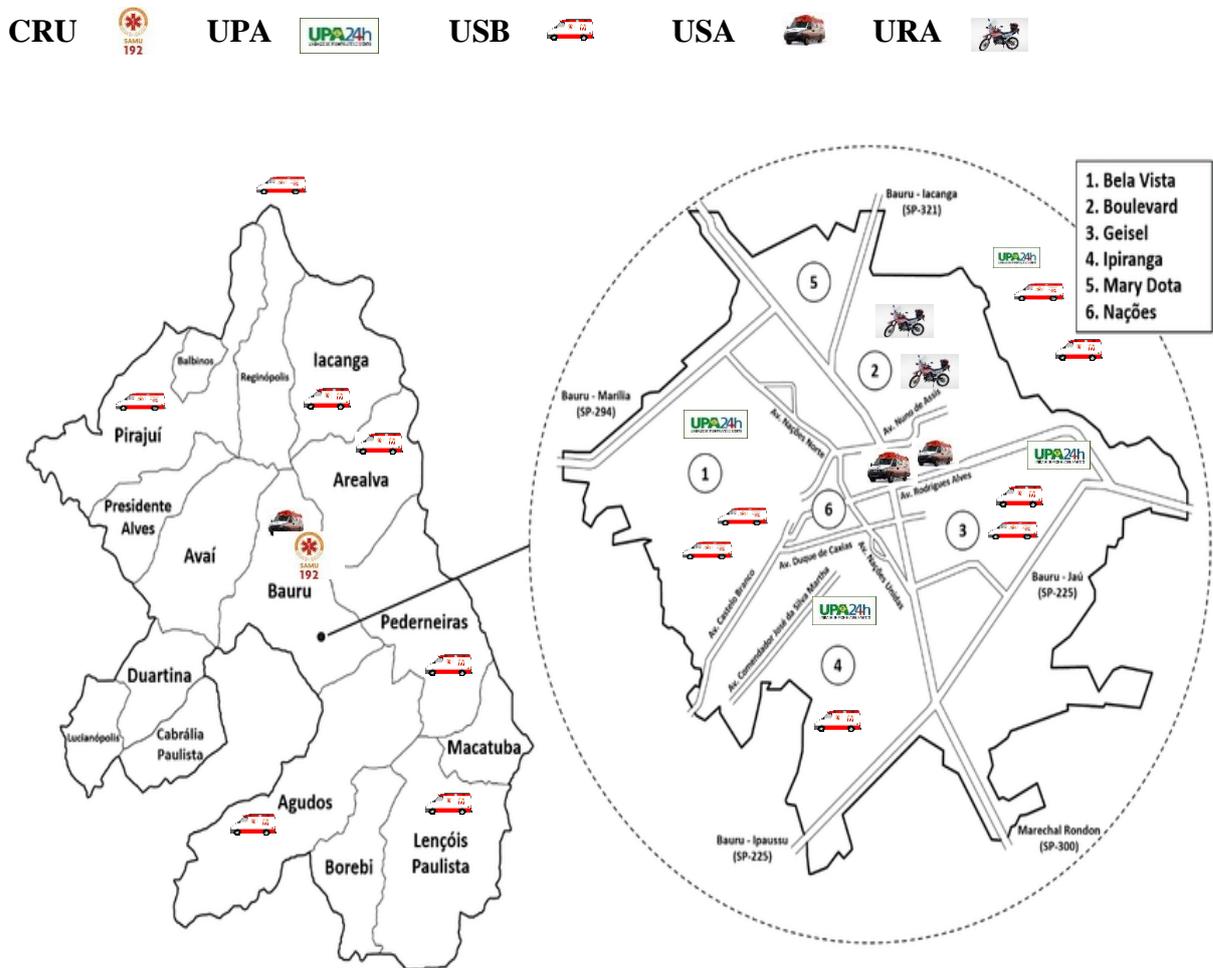
Fonte: Ministério da Saúde (2019).

3.2.1 As bases descentralizadas do SAMU

As Bases Descentralizadas devem estar estrategicamente localizadas nos municípios, de forma a contemplar os atendimentos da região com um tempo-resposta adequado e a ordenação dos fluxos das urgências através da grade de serviços regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2012a). Bases construídas para o SAMU 192 são de inteira responsabilidade do município-sede e devem obedecer a padronização visual do SAMU 192, com a pintura nas cores específicas e sinalizações adequadas na saída das ambulâncias, com indicadores por placa, sinalizadores eletrônicos ou totem. O ambiente reservado para o conforto e repouso é exclusivo para a equipe do SAMU (BRASIL, 2012a). Em Bauru, as bases descentralizadas estão anexas às UPAs, respeitando-se a padronização exigida na portaria 1010/2012. O estacionamento é coberto para as unidades móveis e próximas às áreas de conforto das

equipes (Figura 9).

Figura 9 - Mapa de atendimento regionalizado do SAMU-Bauru-SP



Fonte: Maruyama et al. (2021)

3.3 SAMU regional do município de Jaú

Jaú é um município do estado de São Paulo, localizado na região central do estado, à latitude 22°17'44" sul, e à longitude 48°33'28" oeste, a 541 metros de altitude e a 296 km da capital do estado. O município é formado pela sede e pelo distrito de Potunduva. A população foi estimada em 146.338, no ano de 2017 (IBGE, 2015). O município tem importância como polo de desenvolvimento industrial e agrícola. Possui acesso aos sistemas rodoviário e ferroviário.

O SAMU foi implantado em Jaú em 2004, passando a ser Base Regional em 2012. Em 2017, tornou-se, novamente, municipal; e Regional, em 2020. Quanto ao SAMU regional, a

central está habilitada pelo Ministério da Saúde pela portaria nº 3.203, de 29 de dezembro de 2011; e qualificada pela portaria nº 560, de 4 de abril de 2013. Em 2004, o município inaugurou o serviço conforme portaria nº 2.715/GM/MS, de 24 de dezembro de 2004, que habilitou o SAMU 192, CRU de Jaú. A regionalização do serviço de atendimento médico de urgência englobou as cidades de Itapuí e Bocaina e, futuramente, a cidade de Brotas (Quadro 6).

Quadro 6 - Alocação de recursos do SAMU regional de Jaú, conforme municípios habilitados. Jaú-SP, Brasil-2021

SAMU REGIONAL JAÚ - 12 municípios						
Municípios	População	Recursos				
		CRU	USA	USB	Moto	VIR
Bariri	33.761					
Barra Bonita	36.315					
Bocaina	11.691					
Boracéia	4.586					
Brotas	23.192					
Dois Córregos	26.324					
Igarapu do Tietê	24.376					
Itajú	3.556					
Itapuí	13.178			1		
Jaú	141.703	1	1	2		
Mineiros do Tietê	12.642					
Torrinhas	9.801					
Total	252.121	01	01	03	00	00

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

A Figura 10 retrata o mapa da localização e da distribuição das bases no município de Jaú e municípios da regionalização.

Figura 10 - Mapa demonstrativo das bases do SAMU no município de Jaú-SP. Brasil, 2019



3.4 SAMU regional do Vale do Jurumirim no município de Avaré

Avaré é um município do interior do estado de São Paulo, que está distante 263 km da capital paulista. É uma estância turística dentre outros 29 municípios paulistas, e garante verba proveniente do Estado, para a promoção do turismo regional. A lei nº 1023, de 16 de dezembro de 2010, autoriza o Poder Executivo a firmar convênio de cooperação mútua intermunicipal com os municípios que integram o SAMU Regional do Colegiado de Gestão Regional – Jurumirim - Avaré - SP (Quadros 7 e 8).

Quadro 7 - Alocação de recursos do SAMU regional de Avaré-SP, conforme municípios. Brasil, 2021

SAMU REGIONAL DO VALE DO JURUMIRIM	SAMU REGIONAL AVARÉ - 17 municípios					
	Portaria nº 316/GM/MS, de 27 de fevereiro de 2012, habilita Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Regional do Vale do Jurumirim (SP)					
	Municípios	População	Recursos			
CRU			USA	USB	Moto	VIR
Avaré	87.820	01	01	01		
Cerqueira César	18.909			01		
Fartura	15.925			01		
Itaí	25.792			01		
Itaporanga	15.090			01		
Paranapanema	19.164			01		
Taguaí	12.314			01		
Águas de Santa Bárbara	5.911					
Arandu	6.343					
Barão de Antonina	3.326					
Coronel Macedo	4.965					
Iaras	7.704					
Manduri	9.529					
Pirajú	29.599					
Sarutaiá	3.700					
Taquarituba	23.123					
Tejupá	4.788					
TOTAL	148.252	01	01	07	00	00

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

Quadro 8 - Descrição do repasse, de acordo com os municípios. Avaré-SP, Brasil-2021

CENTRAL DE REGULAÇÃO DAS URGÊNCIAS E UNIDADES MÓVEIS (SAMU 192) - AVARÉ			
Município	SCNES	Descrição	Valor anual a ser incorporado
Avaré	6975925	CRU	R\$ 127.260,00
	7011261	1 USA	R\$ 116.652,00
	7011296	1 USB	R\$ 105.528,00
Cerqueira César	7092695	1 USB	R\$ 105.528,00
Fartura	7037325	1 USB	R\$ 105.528,00
Itaí	7091044	1 USB	R\$ 105.528,00
Itaporanga	7110006	1 USB	R\$ 105.528,00
Paranapanema	7083580	1 USB	R\$ 105.528,00
Taguaí	7016719	1 USB	R\$ 105.528,00

Fonte: Ministério da Saúde (2019)

A Figura 11 representa o mapa da localização e a distribuição das bases no município de Jaú e município da regionalização.

Figura 11 - Mapa demonstrativo das bases do SAMU no município de Avaré-SP. Brasil, 2019



3.5 SAMU regional do Polo Cuesta, município de Botucatu-SP, Brasil

Botucatu está localizada na região centro-sul do estado, com uma área de 1.482,87 km². Faz limites com os municípios de Ahembi, Bofete, Pardinho, Itatinga, Avaré, Lençóis Paulista, Pratânia, São Manuel, Dois Córregos e Santa Maria da Serra. Possui população de 144.820 habitantes, estimada em agosto de 2018. O município é formado pela sede e pelos distritos de Rubião Júnior e Vitoriana.

O SAMU regional de Botucatu foi implantado em 2011. É administrado pela Organização Social de Saúde Pirangi, de acordo com contrato de gestão junto à Secretaria Municipal de Saúde. Quanto ao SAMU regional de Botucatu, a Central está habilitada pelo Ministério da Saúde, pela portaria nº 3.203, de 29 de dezembro de 2011, e qualificada pela portaria nº 560, de 4 de abril de 2013. A CRU de Botucatu recebe também chamados de Areiópolis, Anhembi e Pardinho. O sistema informatizado e os processos de atendimento e transporte bem definidos ajudam a consolidar o serviço, que funciona 24 horas por dia, e tornou-se primordial para a saúde do município e região (Quadro 9).

Quadro 9 - Alocação de recursos do SAMU regional de Botucatu-SP, Brasil

SAMU REGIONAL BOTUCATU - 12 municípios							
POLO CUESTA	Municípios	População	Recursos				
			CRU	USA	USB	Moto	VIR
	Botucatu	137.899	01	01	02	/	/
	Anhemi	6.215			01	/	/
	Areiópolis	11.020			01	/	/
	Pardinho	6.051			01	/	/
	Bofete	10.694					
	Itatinga	19.520					
	Laranjal Paulista	27.122					
	Pereiras	8.111					
Porangaba	9.162						
Pratânia	4.967						
São Manuel	40.200						
Torre de Pedra	2.365						
População total	237.669		01	01	05	00	00

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

A Central está habilitada pelo Ministério da Saúde, pela portaria nº 3.203, de 29 de dezembro de 2011; e qualificada pela portaria nº 560 de 4 de abril de 2013. Além da sua cidade de referência, a CR atende aos municípios de Areiópolis, Anhemi e Pardinho (Quadro 10).

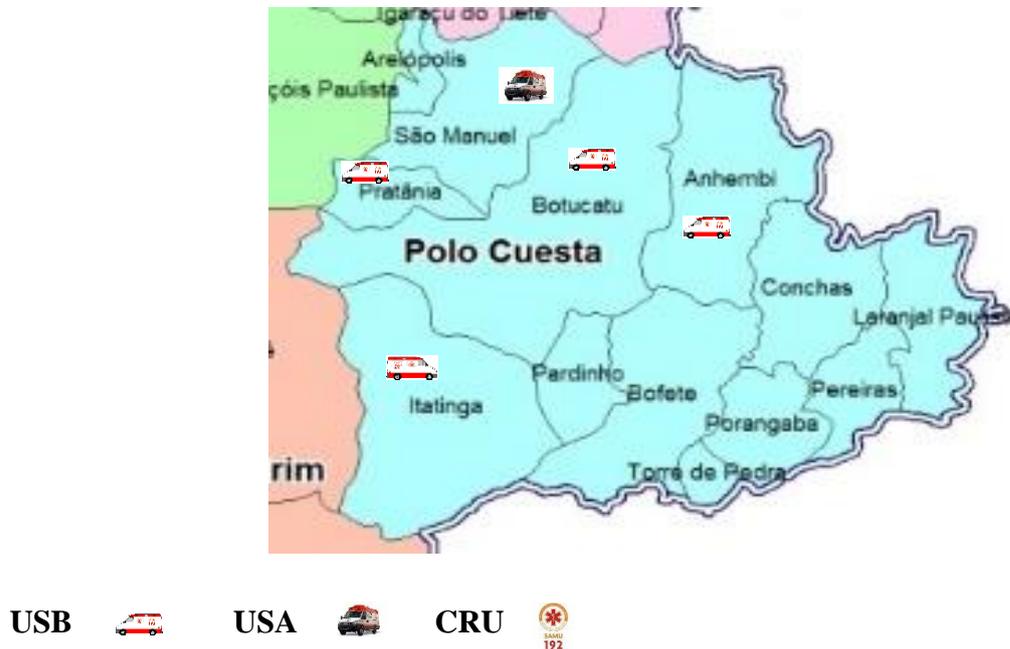
Quadro 10 - Descrição do repasse de acordo com os municípios da região de Botucatu-SP, Brasil

REGULAÇÃO DA CENTRAL DE URGÊNCIA E UNIDADES MÓVEIS SAMU 192 BOTUCATU- SP				
Município	CNES	Descrição	Incentivo financeiro para habilitação anual	Incentivo financeiro para qualificação anual
Botucatu	6751172	CRU	504.000,00	127.260,00
Botucatu	6956939	USA	462.000,00	116.652,00
Botucatu	6956971	USB	157.500,00	105.528,00
Anhemi	6929184	USB	157.500,00	105.528,00
Areiópolis	6965792	USB	157.500,00	105.528,00
Pardinho	6944477	USB	157.500,00	105.528,00
TOTAL			R\$ 666.024,00	

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

A Figura 12 mostra o mapa demonstrativo da localização, e a distribuição das bases no município de Polo Cuesta e município da regionalização.

Figura 12 - Mapa demonstrativo das bases do SAMU no município de Botucatu-SP. Brasil, 2019



Cada SAMU em funcionamento no país possui suas especificidades advindas das distintas necessidades de saúde nas diferentes redes de serviços; além de capacidades de pactuação desiguais dos municípios e regiões de saúde. Isso influencia como ele se insere na rede de atenção à saúde local. As despesas de custeio são de responsabilidade compartilhada, pactuadas com os gestores municipais nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB). O cumprimento desse repasse é de responsabilidade de cada gestão. Os custos relacionados para aquisição desse serviço são demasiadamente onerosos, por envolver um maior número de ocorrências em outros municípios, embora as fontes de custeio estejam sob a responsabilidade do município, de forma que cada um dos beneficiados deva contribuir para eventuais custos.

Após a contextualização e estruturação do presente estudo nos capítulos iniciais, são apresentados a seguir: os objetivos geral e específicos; o capítulo de métodos, de acordo com os delineamentos quantitativo e qualitativo propostos; os resultados, demonstrados de acordo com os desenhos metodológicos; as respectivas discussões e as considerações finais.

4- Objetivos

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar a estrutura organizacional do SAMU: recursos humanos e materiais; comunicação; legislação; ferramentas e o processo de gestão.

4.1 Objetivos específicos

- a) Identificar as condições estruturais e organizacionais para o Atendimento dos SAMUs da RRAS- 09;
- b) Identificar as inconformidades estruturais e organizacionais, de acordo com as normativas legais;
- c) Compreender o processo de gestão, sob a ótica dos gestores dos SAMUs.

5- Métodos

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de um estudo multimétodos, com abordagens qualitativa e quantitativa para avaliação da estrutura dos SAMUs da RRAS 09, tendo como referência as Políticas Públicas de Urgências e Emergências do Sistema Único de Saúde, elencadas no Quadro 1.

A partir de instrumento de coletada apropriado (APÊNDICE A), foram coletados dados para medir indicadores já validados em outras pesquisas. As variáveis utilizadas foram: 6 questões sobre recursos humanos; 6 questões sobre recursos materiais e tecnológicos; 22 questões sobre gestão; e 4 questões norteadoras sobre gestão sob a ótica dos gestores.

5.2 Locais do estudo: SAMUs regionais de Jaú, Bauru, Avaré e Botucatu

A descrição e caracterização dos locais de estudo estão relacionadas minuciosamente no capítulo 3.

O **SAMU Jaú** possui abrangência nos seguintes municípios: Bariri, Barra Bonita, Bocaina, Boraceia, Brotas, Dois Córregos, Iguaraçu do Tiete, Itaju, Itapuí, Mineiros do Tiete e Torrinha, tendo gestão municipal. Já o **SAMU Bauru** abrange os municípios de: Agudos, Arealva, Avaí, Balbinos, Borebi, Cabrália Paulista, Duartina, Iacanga, Lençóis Paulista, Lucianópolis, Macatuba, Paulistânia, Pederneiras, Pirajuí, Piratininga, Presidente Alves e Reginópolis, também com gestão municipal. A abrangência do **SAMU Avaré** se dá nos municípios de: Águas de Santa Bárbara, Arandu, Barão de Antonina, Cerqueira César, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itai, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá e Taquarituba, tendo gestão terceirizada em OS. E, por fim, o **SAMU Botucatu** abrange os municípios de: Anhembi, Areiópolis, Botucatu, Bofete, Itatinga, Laranjal Paulista e Pardinho, também com uma gestão terceirizada, a partir de uma Organização Social (OS).

5.3 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora no período de agosto a novembro de 2019, por meio de entrevistas com os coordenadores enfermeiros gestores do SAMU da RRAS 09. Foi utilizado um roteiro semiestruturado para a condução das entrevistas, cuja duração variou de 45 a 56 minutos.

A visita aos locais de estudo foi composta pelas seguintes atividades, realizadas pela pesquisadora: observação direta, para identificar o fluxo no CRU, a rotina da central e as atividades da equipe de saúde (TARM, MR e RO); observação sistemática não-participante nas viaturas; e o preenchimento do questionário semiestruturado parte I e II do Apêndice A, com informações relevantes obtidas nas entrevistas com os gestores. Assim, a realização da coleta dos dados do estudo se constituiu em duas etapas. A primeira, de abordagem quantitativa, com metodologia utilizada para coletar dados referentes às variáveis relacionadas (estrutura, recursos humanos, materiais e ferramentas de gestão), e *chek list* de materiais disponíveis ou não nas viaturas. E a segunda etapa, com abordagem qualitativa, com metodologia para compreender o processo de gestão dos SAMUs, sob a ótica dos gestores. As duas etapas foram executadas durante a visita realizada pela pesquisadora nos locais de estudo.

Na coleta das variáveis qualitativas e quantitativas relacionadas à estrutura dos SAMUs, foi utilizado o instrumento já descrito, para que o sujeito respondesse aos questionários que eram devolvidos, em seguida. As variáveis quantitativas foram: recursos humanos, materiais, tecnológicos de informação; modelo de gestão no atendimento às urgências e emergência. A segunda etapa, de delineamento qualitativo, constituiu-se de entrevista individual e semiestruturada com os gestores locais dos SAMUs, a partir de quatro perguntas norteadoras.

O presente trabalho utilizou dados de domínio público, que não identificam ou constroem pessoas. Foram coletados dados secundários, disponibilizados no sistema de informação do Ministério da Saúde, na página Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), para a caracterização dos locais do estudo, tais como: número de viaturas, tipo de ambulância (sage@saude.gov.br). Também foi acessado o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), onde estão as fontes que continham dados secundários do sistema oficial do Ministério da Saúde, para identificação do número oficial de profissionais e viaturas em cada local (<http://cnes.datasus.gov.br/>).

5.4 Referencial teórico para análise da etapa quantitativa

O referencial metodológico utilizado foi a Teoria da Qualidade em Saúde, de Avedis Donabedian (1980) que, sob uma ótica diferente da metodologia utilizada na administração empresarial, demonstra em seus estudos que o método da garantia de qualidade nos serviços de saúde se estabelece por três fundamentos operacionais (MALIK; SCHIESARI, 1998;

GOUVEIA, 2009). O autor que mais contribuiu para o desenvolvimento da área da avaliação em saúde foi Avedis Donabedian que, através de seus oito livros e mais de cinquenta artigos, converteu os sistemas de saúde em um campo de investigação com ênfase no tema específico da qualidade da atenção à saúde. Em seu artigo fundamental (DONABEDIAN, 1966), o autor introduziu os conceitos de estrutura, processo e resultado que se constituem em paradigma dominante da avaliação da qualidade da atenção à saúde. Por “estrutura” o autor se refere aos recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência médica. Inclui, também, financiamento e disponibilidade de mão de obra qualificada. Por “processo”, refere-se às atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes, com base em padrões aceitos. A análise pode ser sob o ponto de vista técnico e/ou administrativo. E, por fim, o “resultado” é considerado o produto final da assistência prestada, considerando saúde, avaliação clínica e funcional, e satisfação de padrões e de expectativas.

a) **Estrutura:** compreende as características referentes aos tipos de serviços prestados, ou seja, recursos materiais (instalações, equipamentos, recursos financeiros), recursos humanos e organização institucional;

b) **Processo:** trata de como os cuidados são prestados. Inclui o processo que se realiza para prestar e receber serviços;

c) **Resultado:** envolve os indicadores e os efeitos da atenção para o estado de saúde do usuário e da população.

5.5 Análises dos dados

As entrevistas e instrumentos preenchidos foram identificados alfanumericamente, como, por exemplo: Entrevista 1 (E1) e, assim, sucessivamente. Os SAMUs Regionais foram denominados como: SR1, SR2, SR3, SR4; e as respectivas CRUs, como CRU1, CRU2, CR3, CRU4. Em uma das quatro CRUs não foi realizada visita, porque o gestor convidado não respondeu aos convites enviados por *email*, *whatsapp*, ligação telefônica, não tendo sido possível o agendamento da visita.

Para a análise ou tratamento quantitativo dos dados, buscou-se descrever a estrutura do serviço, tendo como parâmetro a Portaria GM nº 2.048. Os dados obtidos foram analisados com auxílio de um modelo teórico de análise (Quadro 11), construído com base na avaliação normativa sugerida por Donabedian (1980). 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 a partir da constatação de que deva estar presente num quantitativo mínimo que permita a

chegada da equipe ao local da cena com segurança e no menor tempo possível. Dessa forma, pode garantir o acesso ao atendimento. 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.

A variável “recursos humanos” foi avaliada pela escala de trabalho, e de acordo com dimensionamento de pessoal das USB, USA, motolância, e equipe de reguladores na CRU, TARM e RO. Os recursos materiais foram avaliados e mensurados por meio dos dados de cobertura das unidades de atendimento; relação de proporção de ambulâncias com a população de abrangência; e legislação. A variável “educação” foi avaliada de acordo com o número de profissionais que participaram das capacitações. A variável “comunicação”, por sua vez, foi avaliada de acordo com a quantidade de aparelhos de radiocomunicação essenciais para estabelecer o contato entre as unidades de atendimento e a CRU.

Quanto à avaliação dos aspectos normativos quanto às normas, à rotina e aos protocolos, foram estabelecidos aqueles que norteiam o processo de trabalho, com atualização constante desses instrumentos. O quesito estrutural do serviço foi analisado a partir de um *check list* aplicado às enfermeiras do serviço, com tópicos que traziam os quesitos necessários baseados nas portarias 2.048/2002, 2.657/2004, 2.971/2008 e 1010/2012, para o funcionamento adequado da CRU, dos componentes móveis e dos recursos humanos necessários.

O Apêndice A mostra a disponibilidade de recursos físicos, materiais e humanos e sua relação com a oferta de uma assistência de qualidade e o alcance dos resultados esperados. Assim, foi construído um questionário semiestruturado (APÊNDICE A) para ser utilizado na entrevista, no momento da visita aos SRs. De acordo com os autores Lancini (2013), Silvestre (2016) e Ortiga (2018), que criaram instrumentos para a avaliação estrutural dos SAMUs, a pesquisadora utilizou a legislação da Portaria GM nº 2.657/2004, e o instrumento de Lancini (2013) para construir o roteiro desse estudo (Quadro 11).

Quadro 11 - Indicadores, medidas e parâmetros utilizados para a matriz de avaliação das condições estruturais dos SAMUs. Botucatu-SP, Brasil-2019

Continua

INDICADOR	DEFINIÇÃO	PADRÃO	PARÂMETRO
Recursos humanos -Atividades de educação permanente	Equipe de suporte básico	1 técnico de enfermagem 1 condutor	Apropriado - > 100% Inapropriado - < 100%
	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	
Recursos físicos: ► Recursos materiais: ▪Manequim de suporte avançado de vida (adulto e infantil) ▪Colete de Imobilização tipo KED ▪Prancha rígida ▪Colar cervical ▪Data Show ▪Instrumento de discussão de casos e supervisão ▪Prontuário funcional Espaço físico ou parceria	% de trabalhadores participantes de atividades de educação permanente nos últimos 2 anos		Apropriado - > 100% Inapropriado - < 100%
	Identificação do número de profissionais que receberam capacitação permanente		Apropriado - > 100% Inapropriado - < 100%
	% Dimensionamento pessoal de acordo (equipes)	CNES nº de equipe/número de viaturas e tipo	Apropriado - > 100% Inapropriado - < 100%
RECURSOS MATERIAIS	Materiais, equipamentos e medicamentos, conforme Portaria GM nº. 2.048	S (sim); N (não); *material não exigido para USA; **material não exigido, encontrado na viatura USA para material ou medicação	Apropriado - > 100% Inapropriado - < 100%
	-Cobertura das Unidades de Atendimento Relação entre unidades móveis (USB) em funcionamento e população	1 USB para 100.000 a 150.000 hab. e 1 USA para 400.000 a 450.000 hab	Inapropriado - padrões populacionais acima do recomendado
	Adequação das ambulâncias	% de ambulâncias em boas condições de funcionamento	Apropriado - 100% Inapropriado - < 100%
	-Equipamento de radiocomunicação	% de ambulâncias com o equipamento de radiocomunicação funcionando	Apropriado - 100% Inapropriado - < 100%

INDICADOR	DEFINIÇÃO	PADRÃO	PARÂMETRO
ASPECTOS NORMATIVOS	- Existência de rotinas e protocolos	Existência de rotinas e protocolos no SAMU	Apropriado - >100% Inapropriado - < 100%
	- Atualização dos documentos normativos	Atualização dos documentos normativos	Apropriado – Sim Inapropriado – Não
	Cumprimento das normas	1- Uniformes e Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) são de uso obrigatório; 2- Existe supervisão para o uso de EPIs e uniformes; 3- Existe instrumento de verificação e controle dos materiais e medicamentos; 4- É realizada a verificação diária dos materiais e medicamentos	Apropriado - > 80% do comprimento das rotinas analisadas Inapropriado - < 80% do comprimento das rotinas analisadas
	Cumprimento das normas	% de rotinas cumpridas:	Apropriado - > 80% do comprimento das rotinas analisadas Inapropriado - < 80% do comprimento das rotinas analisadas

Fonte: Adaptado da Portaria GM: nº.2.657/2004 (Adaptado de LANCINI, 2013)

5.6 Referencial teórico para análise da etapa qualitativa

Foi utilizado um questionário semiestruturado (APÊNDICE A), Parte II, elaborado pela pesquisadora, para nortear a entrevista com os gestores locais, além de informações sociodemográficas. O referencial metodológico utilizado para subsidiar a entrevista foi o DSC, que resgata as opiniões coletivas, por meio do pensamento coletado em questões abertas, o que faz com que o pensamento, como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado, possa se expressar (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012). O resgate das opiniões coletivas que desemboca num conjunto de discursos coletivos é um processo complexo, subdividido em momentos e operações realizadas sobre o material coletado pela pesquisa. Trabalha com expressões-chave, ideias centrais e ancoragens para formar o DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2012).

Expressões-chave são trechos selecionados dos depoimentos, que melhor descrevem seu conteúdo. Ideias centrais são ideias sintéticas que descrevem os sentidos presentes nos depoimentos de cada resposta, e também no conjunto de respostas de diferentes indivíduos,

que representam sentido semelhante ou complementar. Ancoragem são fórmulas sintéticas que descrevem, não os sentidos, mas as ideologias, os valores, as crenças presentes no material verbal das respostas individuais ou das agrupadas sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares.

O *software* utilizado para a análise do DSC foi o “QualiQuantSoft”, que permite trabalhar com amostras selecionadas e relativamente grandes de indivíduos. Os depoimentos coletados são metodologicamente tratados através do QualiQuantsoft, *software* desenvolvido com base na teoria do DSC, com o objetivo de obter o pensamento coletivo. O *software* foi desenvolvido pela Sales e Paschoal Informática, em parceria com a Universidade de São Paulo, por intermédio da Faculdade de Saúde Pública, pelos professores Fernando Lefèvre e Ana Maria C. Lefèvre, criadores da metodologia do DSC (www.spi-net.com.br) (APÊNDICE 2).

Em relação à análise dos dados qualitativos, os conteúdos das entrevistas foram transcritos na íntegra, pela pesquisadora, em editor de texto do software QualiQuantsoft. Para a organização e análise dos dados foi utilizado o método do DSC como instrumento para recuperar, expor, identificar e descrever as representações sociais de uma dada formação sociocultural. As quatro questões norteadoras estão descritas no Quadro 12.

Quadro 12 - Descrição dos temas e questões norteadoras da pesquisa nos municípios do Brasil. Botucatu-SP, Brasil-2021

Temas	Questões norteadoras
Processo gerencial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Em sua opinião, o Processo de regionalização do SAMU avançou? Como está ocorrendo a continuidade desse processo? 2. Quais são as fragilidades e as potencialidades do SAMU regional? 3. Quais são os principais problemas e desafios que os gestores enfrentam no processo de gestão em saúde?
Na prática, o resultado do processo gerencial	<ol style="list-style-type: none"> 4. Os SAMUs, através das CRU, regulam RUE de forma a tornar o sistema de saúde mais integrado e resolutivo? 5. Como tem sido articulado na sua gestão estes arranjos?

Fonte: Material elaborado pela autora.

5.7 Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, e foi aprovado com o Parecer Consubstanciado nº 2.756.229; de 08/06/2018 CAAE nº 90088218.4.0000.5411, na

Plataforma Brasil (ANEXO A). O projeto obteve autorização concedida pelo “Termo de Anuência da DRS VI”, órgão responsável pelo gerenciamento dos quatro CRUs da RRAS 09, após ter sido apresentado ao referido colegiado, em reunião realizada dia 10 de janeiro de 2019, às 9 horas, na sede DRS IV, em Bauru, com aprovação dos gestores e representantes da Secretarias de Saúde dos respectivos municípios (ANEXO B). A apresentação foi realizada pela pesquisadora aos gestores dos municípios de Avaré e Botucatu, respectivamente gestores do SAMU regional do Vale do Jurumirim e Polo Cuesta, nas respectivas Secretarias de Saúde dos municípios. Após a devida aprovação das instâncias administrativas e ética, a pesquisadora iniciou o estudo, primeiramente por contatos telefônicos com os coordenadores regionais dos SAMUs, a fim de agendar visitas às CRUs.

Antes de iniciar cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre os objetivos do estudo e a importância das respostas, assegurando o sigilo de todos os depoimentos e a liberdade de recusa em participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao entrevistado. Então, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICES 1 e 2) a cada um dos participantes da pesquisa. Sendo assim, esta pesquisa incorpora os referenciais básicos da Resolução CNS n° 466, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012b).

6- Resultados

6 RESULTADOS

Neste capítulo, foram apresentados os dados obtidos a partir do instrumento de coleta utilizado na etapa quantitativa, com os aspectos estruturais e caracterização dos SAMUs; e os resultados relacionados à etapa qualitativa, sobre a compreensão dos gestores dos respectivos serviços.

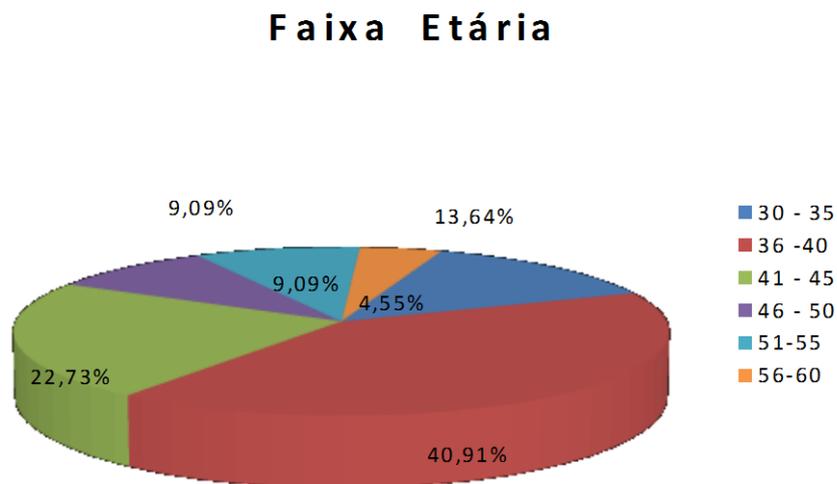
6.1 Resultados quantitativos

Foram realizadas 22 entrevistas com os gestores dos SAMUs, sendo que para um gestor, embora este tenha participado da apresentação e aceitado participar do estudo, não foi possível agendar visita ou horário para entrevista, apesar de várias tentativas terem sido realizadas por *e-mail*, por mensagem em celular e ligação telefônica.

A região de Lins não possui SAMU. Todos os entrevistados que responderam ao questionário eram enfermeiros e coordenadores de equipe. O perfil sociodemográfico dos entrevistados está apresentado e organizado nos Gráficos 1-6, de acordo com as seguintes variáveis: idade; estado civil; sexo; tempo de formação acadêmica; titulação acadêmica; e tempo de atuação no APH.

O Gráfico 1 apresenta as frequências das faixas etárias identificadas.

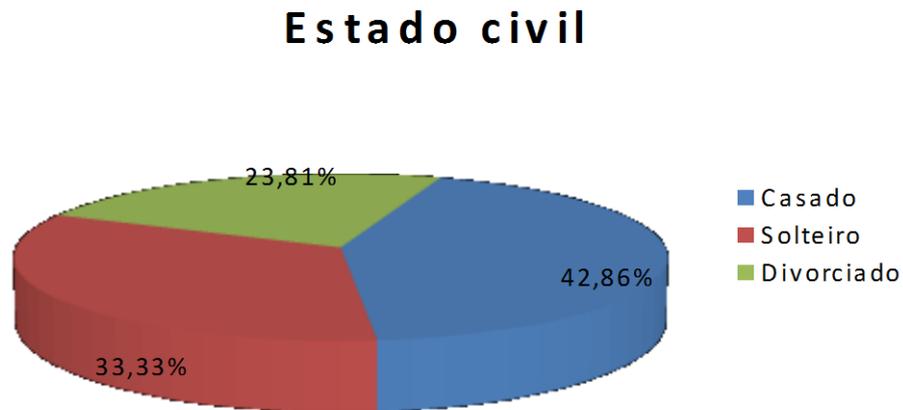
Gráfico 1 - Caracterização dos enfermeiros por faixa etária. Botucatu-SP, Brasil-2019



Fonte: Dados de identificação do instrumento da coleta de dados (2019)

O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos entrevistados, de acordo com o estado civil.

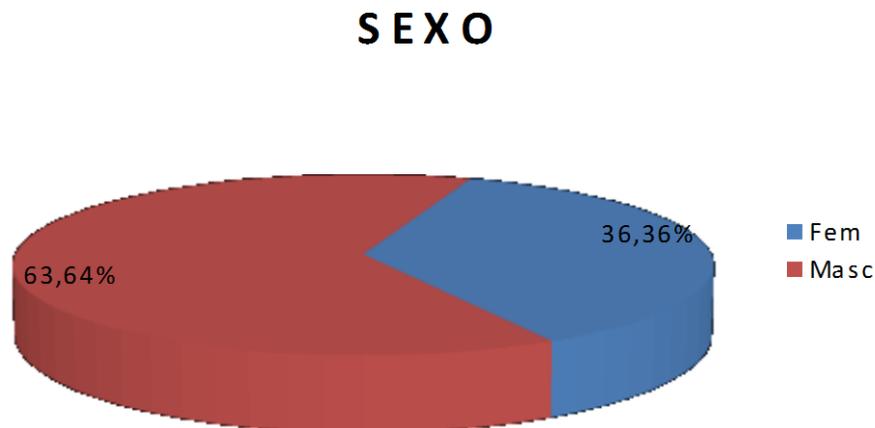
Gráfico 2 - Caracterização dos enfermeiros por estado civil. Botucatu-SP, Brasil-2019



Fonte: Dados de identificação do instrumento da coleta de dados (2019).

Os 22 participantes da pesquisa foram formados por enfermeiros, sendo 66,36% do sexo masculino, com idade entre 30 e 60 anos, com predomínio da faixa etária entre 36 e 40 anos, conforme apresentado no Gráfico 3.

Gráfico 3 - Caracterização dos enfermeiros quanto ao sexo. Botucatu-SP, Brasil-2019

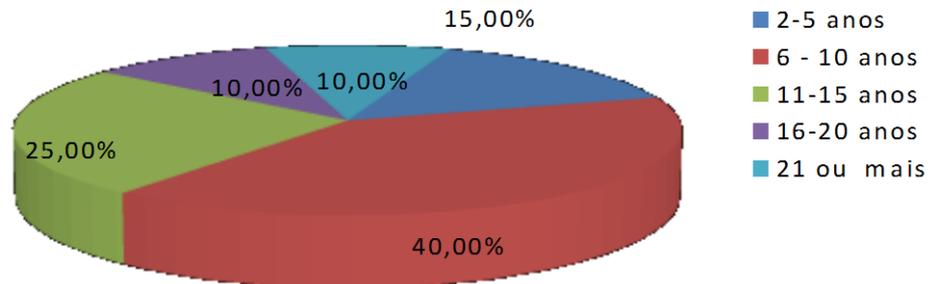


Fonte: Dados de identificação do instrumento da coleta de dados (2019).

Quanto ao tempo de formação, no Gráfico 4 é possível observar a estratificação das faixas de tempo de formação dos enfermeiros, que variou de 2 a 35 anos.

Gráfico 4 - Caracterização dos enfermeiros por tempo de formação. Botucatu-SP, Brasil-2019

Tempo de formação

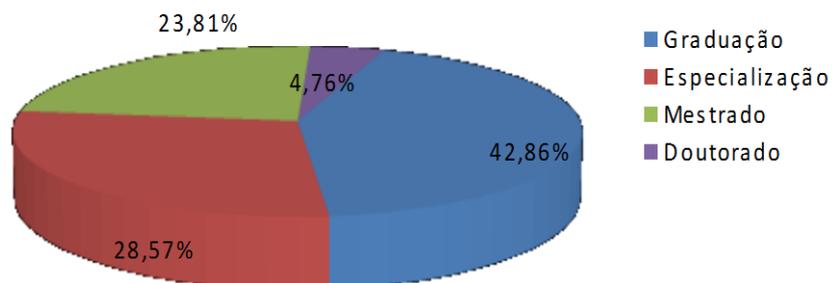


Fonte: Dados de identificação do instrumento da coleta de dados (2019).

O Gráfico 5 apresenta o percentual de enfermeiros por titulação, de acordo com os níveis de graduação e o tipo de pós-graduação: *Lato Sensu* (Especialização) e *Strictu Sensu* (Mestrado e Doutorado).

Gráfico 5 - Caracterização dos enfermeiros por titulação. Botucatu-SP, Brasil-2019

Por Titulação

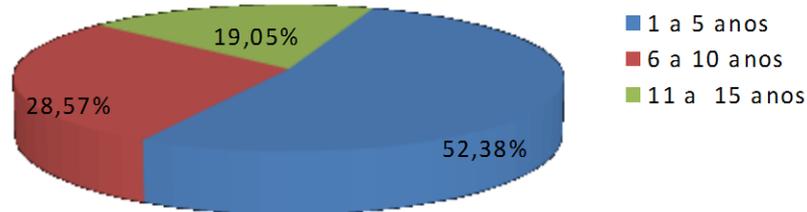


Fonte: Dados de identificação do instrumento da coleta de dados (2019).

O Gráfico 6 apresenta a caracterização dos enfermeiros por tempo de atuação no APH. Não foram identificados enfermeiros na amostra do estudo com tempo menor que dois anos de atuação no APH, nas unidades dos SAMUs.

Gráfico 6 - Caracterização dos enfermeiros por tempo de atuação no Atendimento Pré-hospitalar (APH). Botucatu-SP, Brasil-2019

Tempo de atuação em APH



Fonte: Dados de identificação do instrumento da coleta de dados (2019).

6.1.1 Recursos humanos nos SAMUs

A dimensão **Recursos Humanos** se refere à totalidade de Profissionais que compõem o serviço. Para a avaliação, foram elencados o número de equipes e o número de viaturas dados. No Quadro 13 foi elencado o número de profissionais por categoria, carga horária e o vínculo trabalhista, no período de agosto de 2019 a novembro 2019.

Quadro 13 - Recursos Humanos: categorias e o número de profissionais, carga horária semanal, horas trabalhadas por plantão, vínculo de trabalho, no período de agosto de 2019 a novembro 2019. Botucatu-SP, Brasil-2019

Categoria profissional	Quantitativo de profissionais	Carga horária semanal/nº de plantões no mês	Horas trabalhadas por plantão	Vínculo de trabalho
Auxiliar de enfermagem	14	36 horas semanais/13 plantões/mês de 12 horas	12 horas	Estatutário
Técnico de Enfermagem	102	36 horas semanais/13 plantões/mês de 12 horas	12 horas	Estatutário
Enfermeiro	19	36 horas semanais	12 horas	Estatutário
Enfermeiro	13	40 horas	8 horas	Estatutário
Condutor	104	40 horas semanais 36 horas semanais	24 horas	Estatutário
Médico concursado	76	12 horas semanais 24 horas semanais 36 horas semanais	06h/12h ou 24 horas	Estatutário
Médico contratado	08	-	12h/24h	Empresa contratada
TARM	25	36h/sem	12 horas	Estatutário
RO	/	36h/sem	00h	Estatutário
Limpeza	06	40h	12h	Estatutário
Lava Car	03	40h	12h	Estatutário
Administrativo	06	40h	8h	Estatutário
Informática	03	30h	6h	Estatutário

Fonte: Material elaborado pela autora.

O Quadro 14 demonstra o tipo de viatura e a categoria profissional que compõem a tripulação, conforme portaria 2018, de 5 de novembro de 2020.

Quadro 14 - Tipos de viaturas e categoria profissional, no período de agosto de 2019 a novembro 2019. Botucatu-SP, Brasil-2019

Tipo de Viatura	Categoria profissional
Unidade de Suporte Avançado (USA)	Enfermeiro/Médico e Condutor
Unidade de Suporte Básico (USB)	Auxiliar de enfermagem Técnico de enfermagem Condutor
Motolância	Técnico de enfermagem/Enfermeiro

Fonte: Material elaborado pela autora.

O recurso material das ambulâncias dos SAMUs da RAS 09, através de suas respectivas CRUs, são responsáveis pela prestação de atendimento médico emergencial nos municípios que aderiram ao projeto de regionalização, em situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica e psiquiátrica. Na RRAS 09 há 36 unidades de atendimento, sendo 28 delas USB; e cinco delas, USA. As equipes das USBs são compostas por um condutor e um técnicos de enfermagem; enquanto a USA conta com um condutor, um enfermeiro e um médico a bordo, além da disponibilidade de recursos e equipamentos direcionados ao atendimento de pacientes acometidos por situações mais graves.

Quadro 15 - Número e tipo de viatura à disposição de suas respectivas Centrais de Regulação Médica das Urgências (CRMUs), no período de agosto de 2019 a novembro 2019. Botucatu-SP, Brasil-2019

Município	CRM	USA	USB	Motolância	VIR	Habilitada	Qualificada
Bauru	01	02	15	02	01	X	X
Jaú	01	01	01	00	00	X	*
Avaré	01	01	07	00	00	X	X
Botucatu	01	01	05	00	00	X	X
Total	04	05	28	02	01	-	36

Fonte: Material elaborado pela autora.

Desde a publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria GM/MS nº 1.010, de 21/5/12, os municípios com bases descentralizadas habilitadas do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU 192) podem entrar com os documentos para qualificação. O processo de qualificação perante o Ministério da Saúde (MS) não tem prazo, podendo ser solicitado a qualquer momento. Assim que o pedido for aprovado, o valor de repasse do custeio é reajustado.

6.1.1.1 Controle do absenteísmo

Para a avaliação do indicador de absenteísmo, foram consideradas somente as ausências não previstas: faltas não justificadas, licenças por vários motivos, doação de sangue, gala e nojo, no período de agosto de 2019 a novembro 2019. Férias e licenças legais acima de 15 dias ininterruptos não foram incluídas.

Quadro 16 - Recursos humanos: faltas, ausências não programadas, licença tratamento de saúde, acidentes de trabalhos, doação de sangue, nojo, licença paternidade e outros nos SAMUs RRAs 09, no período de agosto de 2019 a novembro 2019. Botucatu-SP, Brasil-2019

Categoria Profissional	Ausência não programadas (dias)	Motivos
Auxiliar de Enfermagem	02	Licença tratamento de saúde
Técnico de Enfermagem	03	Licença para tratamento de saúde
	02	Acidente trabalho
	01	Nojo/doação de sangue
	03	Gala
Enfermeiro	03	LTS
Condutor	04	Licença para tratamento de saúde
	03	Licença Paternidade
	02	Falta injustificada
Médico	03	Licença para tratamento de saúde
Enfermeiro	02	Gala
TARM	02	Licença para tratamento de saúde
Técnico de Informática	01	Licença para tratamento de saúde
Administrativo	02	Licença para tratamento de saúde
Limpeza	02	Licença para tratamento de saúde
Limpeza de viaturas	01	Licença para tratamento de saúde
Total	36 dias	

Fonte: Material elaborado pela autora.

A rotatividade da força de trabalho tem sido referida como um dos principais problemas para lograr a consecução do pretenso modelo integral de atenção à saúde na direcionalidade da implementação do SUS. O Quadro 17 traz um panorama dos dados coletados a esse respeito.

Quadro 17 - Recursos humanos: rotatividade por gestação, mudança de gestão, aposentadoria óbito, exoneração e outros SAMUs RRAs 09, agosto de 2019 a novembro 2019. Botucatu-SP. Brasil, 2019

Categoria Profissional	Rotatividade	Motivos substituição
Técnico enfermagem	02	Gestação
Coordenadores	06	Mudança de gestão
Auxiliar de Enfermagem	01	Aposentadoria
Técnico de Enfermagem	02	Aposentadoria
Enfermeiro	01	Aposentadoria
Condutor	02/01/03	Óbito/exoneração/aposentadoria
Médico	02	Exoneração
TARM	02	Exoneração
Técnico de Informática	0	-
Administrativo	0	-
Limpeza	01	Óbito
Limpeza de viaturas	01	Troca de setor

Fonte: Material elaborado pela autora.

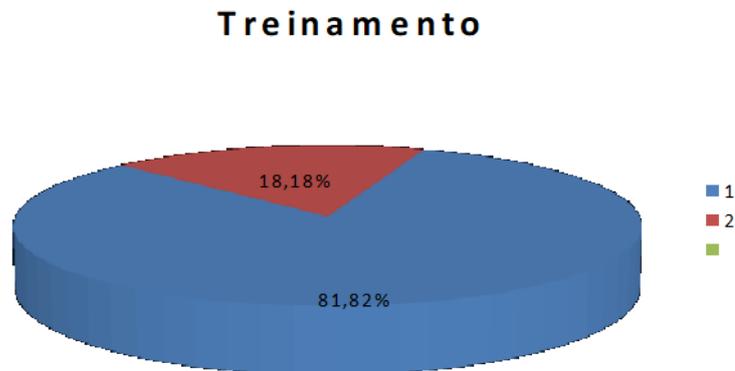
6.1.1.2 Capacitação das equipes de atendimento do SAMU

No desenho regional das CRUs, todas deveriam ter Núcleo de Educação Permanente, almoxarifado central de insumos, além do Núcleo de Gestão. As bases descentralizadas, distribuídas em cada território municipal, deve contar com uma infraestrutura que garanta tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 Regional.

A Portaria 2048/2002 propõe uma grade mínima de cursos a serem promovidos pelo Núcleo de Educação em Urgência (NEU), dividindo-se o público entre os que nunca trabalharam em área de atendimento às urgências, e aqueles que já laboram nessa área. Seguem algumas temáticas mais corriqueiramente a serem trabalhadas nas salas de aula do Núcleo: “Sistema de saúde local e serviços relacionados”, “Cinemática do trauma”, “Abordagem ao paciente”, “Biossegurança”, “Emergências clínicas”, “Remoção de vítimas”, “Papel do condutor do veículo de urgência”, “Urgências traumáticas em pacientes adultos e crianças”, dentre outras.

O Gráfico 7 traz as respostas dos entrevistados quanto ao treinamento e capacitação das equipes dos SAMUs Regionais, em que 81,82% dos coordenadores apontaram para ausências sistematizadas de treinamentos e capacitação das equipes dos SAMUs regionais.

Gráfico 7 - Treinamentos e capacitação das equipes dos SAMUs regionais. Botucatu-SP, Brasil-2019



Legenda: 1- ausência de treinamentos e capacitações; 2- ocorrência de treinamentos e capacitações.

Fonte: Material elaborado pela autora.

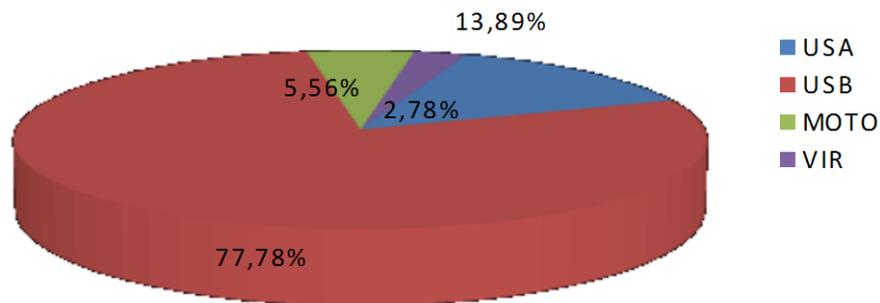
6.1.1.3 A estrutura do SAMU

Os CRUs visitados e avaliados pautam as ações na PNAU e nos Comitês Municipais de Atenção às Urgências, além de classificar as urgências em níveis de prioridade. Nas áreas físicas de todas as três CRUs visitadas pela pesquisadora, observou-se que: possuem ambiente climatizado; existem ruídos de trabalhadores tanto falando ao mesmo tempo quanto de telefone e radiocomunicação, que podem interferir na concentração do processo de regulação e despachos de viaturas; entrada e saída de pessoas estranhas ao serviço; refeitório; almoxarifado; farmácia; máscaras, toucas e aventais; depósito de material de limpeza; repouso com banheiro para enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem, TARM e operador de frota, separado por sexo; área de lavagem e permanência das ambulâncias; instrumentais cirúrgicos de procedimentos específicos; máscaras de oxigênio, conectores e extensão. Todos os materiais e equipamentos sofrem processo de desinfecção e esterilização nas UPAs e/ou instituição hospitalar municipal. Ainda em relação à estrutura física, observou-se que o estacionamento não possui cobertura total para todas as USB e USA das CRUs. Também não existe local adequado para lavagem da prancha rígida e do *Kendrick Extrication Device* (KED); nem local seguro e adequado exclusivo para dispor os cilindros de oxigênio. O lixo hospitalar é encaminhado para as UPAS e/ou hospitais.

A seguir, o Gráfico 8 demonstra o número de viaturas identificadas nas CRUs.

Gráfico 8 - Percentual de cada tipo de viatura disponível nas CRUs das RRAS-09. Botucatu-SP, Brasil-2019

Número de Viaturas



Fonte: Material elaborado pela autora.

6.1.1.4 Recursos materiais e de equipamentos das viaturas

Em relação aos recursos materiais e de equipamentos das viaturas, a pesquisadora ficou impossibilitada de verificar e/ou avaliar algumas viaturas, pois estavam em atendimento. Nesse caso, a presença ou não do material/equipamento foi informado pelo enfermeiro gestor. Para cada item, foi registrado “S” para a presença nas viaturas; e “N” para a ausência. Um asterisco (*) indicava que o equipamento não era exigido para aquele tipo de VTR; e dois asteriscos (**) foram atribuídos para o equipamento presente, mas que não era exigido pela portaria. A pesquisadora concluía a checagem como “em conformidade”, quando os materiais ou equipamentos previstos foram identificados em todas as viaturas; e “em não conformidade” quando da ausência dos itens checados.

6.1.1.5 Dispensação de medicamentos

Os medicamentos e materiais são repostos de acordo com a necessidade de reabastecimento das viaturas, por requisição, com assinaturas e conferências dos responsáveis pelo processo. Ficam dispostos nas viaturas USB, USA e motolância em mochilas identificadas por cores da classificação terapêutica, e com revestimento adequado para manutenção adequada de temperatura e integridade. É de exclusiva responsabilidade do

enfermeiro a padronização e controle das mochilas de medicamentos. Quanto à observação dos medicamentos no almoxarifado e nas ambulâncias, detectou-se que permanecem em maletas específicas, com revestimento ideal para o armazenamento. Foi identificado, ainda, que a data de validade de alguns medicamentos já havia expirado.

6.1.1.6 Equipamento de radiocomunicação

O processo de trabalho no SAMU envolve a comunicação constante entre os profissionais que atuam na ambulância e os profissionais da CRU. Isto permite auxílio e orientação às equipes locais quanto ao atendimento a ser prestado; e orienta a melhor conduta-encaminhamento para cada caso. Essa central compreende um processo de trabalho, por meio do qual se garante escuta permanente pelo médico regulador, com acolhimento de todos os pedidos, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação (BRASIL, 2006). Esse profissional é responsável pelo gerenciamento e operacionalização dos meios disponíveis e necessários para responder às solicitações, utilizando-se de protocolos técnicos (BRASIL, 2006). Para tanto, necessita das informações passadas pelos rádio operadores que atendem às solicitações telefônicas da população, e exercem o controle operacional das viaturas que se comunicam com a CR através de rádios, em especial do SAMU 192. A comunicação é fator essencial para garantir que as atividades ocorram de maneira eficiente e eficaz. O Equipamento de Rádio Comunicação (ERC) está presente em todas as ambulâncias, conectado com a central de regulação, e dispõe de um celular corporativo.

6.1.1.7 Ferramentas de gestão

Na área física das centrais de regulação, foi observado que há a climatização. No entanto, há muitas pessoas falando ao mesmo tempo, entrada e saída de pessoas estranhas ao serviço; muito ruído proveniente do telefone e/ou do rádio, que interferem na concentração para a regulação médica e despachos de viaturas.

Quanto aos aspectos normativos dos SAMUs, foi constatado a existência de manual de normas e rotinas, protocolos assistenciais para as viaturas USB/USA e regulação médica do MS. Em relação à fundamentação legal do exercício da profissão no SAMU, oito dos entrevistados reportaram que as atividades estavam baseadas no COREN; dois, no COFEN e COREN; e para 14 entrevistados, na legislação vigente do MS.

Apenas um dos serviços de SAMU possuía planejamento estratégico para catástrofes. Os demais alegaram que não conseguiram elaborá-lo por falta de tempo. Quanto aos acidentes adversos com perfurocortante, são encaminhados ao pronto-socorro nos outros dois SAMUs, para Santa Casa e, após, ao Centro de Referência em Moléstia Infeciosa. Quanto à Gestão de Risco, três SAMUs participam da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), e um deles possui no município Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

Os serviços de gestão pública possuem mural com agendamentos e cobertura de eventos públicos promovidos pela Prefeitura Municipal. Já os eventos privados constam na agenda para conhecimento do médico regulador. Existe *checklist* para conferência das viaturas em relação às condições mecânicas, de funilaria, dentre outras; conferência de medicações e insumos; e validade de material estéreis. Os medicamentos vencidos são encaminhados para a Farmácia Central das Secretarias de Saúde. O SAMU regula somente suas viaturas, encaminha-as para as referências pactuadas, conforme vocação institucional. Leitos, vagas de UTI e linhas de cuidados se efetivam através da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

6.2 Resultados qualitativos: apresentação dos discursos coletivos

Constituíram-se o *corpus* de 22 entrevistas dos sujeitos que aceitaram participar do estudo. A caracterização dos entrevistados em relação aos dados sociodemográficos se constituiu por: idade, sexo, estado civil, tempo de formação, titulação e tempo de APH. Os conteúdos foram analisados de acordo com o referencial do DSC, o que permitiu traduzir as ideias centrais sobre o conteúdo discursivo apontado pelos sujeitos em seus depoimentos.

Utilizou-se para análise dos dados qualitativos o DSC. Este método consiste em organizar os dados de natureza verbal, por meio de opiniões ou expressões individuais obtidas por escrito, que apresentam semelhanças entre si. Desta forma, são agrupadas em categorias, como faz quando se tem questões abertas. O diferencial deste método é que cada categoria se associa às opiniões de sentido semelhante em diferentes depoimentos, de modo que destaque os trechos mais significativos, isto é, “expressões-chaves” e, a partir disso, obtém-se o depoimento síntese, redigido na primeira pessoa do singular (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2014).

A seguir, foram apresentadas as temáticas geradas pelas questões norteadoras: quatro temáticas e 13 ideias centrais e originárias da análise para compreender a sua representação

social no contexto do processo de trabalho na ótica dos gestores dos quatro SAMUs que compõem a RAS 09.

Temática 1 - A questão norteadora foi: “Em sua opinião, o processo de regionalização do SAMU avançou? Como está ocorrendo a continuidade?” O Quadro 18 demonstra a Ideia Central (IC) e as Expressões-Chave (ECH) geradas a partir dessa questão norteadora.

Quadro 18 - Ideias centrais e expressões-chave que emergiram das entrevistas, segundo o DSC. Bauru-SP, Brasil-2019

Ideia Central – I	Expressões-Chave
Evolui muito pouco, por falta de investimento, manutenção do investimento e comunicação precária	<p>“[...] evolui muito pouco, temos muitas dificuldades. [...]” E1 E3, E4, E9, E18</p> <p>“[...] Falta de recursos materiais, Equipamento de Proteção Individual (EPIs), viaturas insuficientes [...]” E2</p> <p>“[...] não tem cronograma de manutenção, falta ar-condicionado nas viaturas, o serviço ficou prejudicado por conta disso. [...]” E11</p> <p>“[...] contato com a central de regulação é muito ruim[...]” E15</p> <p>“[...] demora ao conseguir contato com a regulação do serviço, [...]” E1</p> <p>“[...] falta investimento, planejamento, inovação tecnológica e treinamento [...]” E5</p> <p>“[...] desmotivação profissional [...]” E16</p>
<p>“A regionalização evolui muito pouco; embora a chegada do SAMU no município tenha sido essencial para população; salva muitas vidas; mas temos muitas dificuldades para manutenção do serviço, falta de recursos humanos qualificados, falta materiais básicos, realmente, e não tem como estar repondo; os materiais se desgastam, quebram, se perde e a gente fica nessa deficiência, isso reflete significativamente na assistência; alguns materiais para atendimento são insuficientes pois estão quebrados; estamos sem DEA, não está funcionando, por falta de bateria; falta também insumos básicos, como papel higiênico, sabonete, material para limpeza da viatura; o número de viaturas é insuficiente, falta manutenção preventiva das mesmas e, às vezes, até corretiva; o ar condicionado das viaturas está quebrado, falta EPIs e corremos risco de se contaminar por falta de EPIs ou EPIs sem qualidade, como os últimos que compraram; além do fato de que, quando saímos para ocorrência, principalmente em rodovias, a gente está exposto à acidente, devido à necessidade de chegar rápido; nessas condições de atuação, no dia a dia estamos expostos a muitas coisas. Temos dificuldade de acesso; a central de regulação não consegue falar; às vezes, demora tanto que, quando finalmente consegue realizar o contato, já estamos chegando ao pronto-socorro. Isso tudo atrasa o tempo de resposta, porque, muitas vezes, a gente não consegue contato via rádio. Tentamos fazer contato através do celular corporativo, o próprio ou de alguns dos colegas que estão na ocorrência, e acho que é o que mais conta no nosso tempo-resposta hoje, talvez seja isso”. “Não tem planejamento local, investimento financeiro, inovação tecnológica, não compram celular para viatura, falta treinamentos, simulados, capacitação e vontade política. Tudo muito lento, as coisas não acontecem. Por tudo que falei, o trabalho fica a desejar, por conta de toda essa carência, que leva à desmotivação dos profissionais.”</p>	

Ideia Central – II	Expressões-Chave
A população não sabe utilizar o serviço	<p>“[...] a população não assimilou a vocação do serviço [...]” E5, E7, E22, E18</p> <p>“[...] A população não sabe utilizar o serviço [...]” E19, E21</p> <p>“[...] O tempo-resposta é prejudicado em virtude do trânsito; a população não colabora, não abrindo caminho para as viaturas[...]” E8, E13</p> <p>“[...] A gente tem dificuldade quando vai atender o paciente, porque as pessoas ficam em cima, tirando foto, filmando [...]” E12, E18</p> <p>“[...] Falta treinamento, profissionais de saúde com formação</p>

	<i>inadequada [...]” E9, E10, E19</i>
<p>“A população não sabe utilizar o serviço, não assimilou a vocação do serviço; chama o SAMU para ocorrências corriqueiras, talvez por falta de orientação dos usuários, muitos chamados são sem necessidade; a população chama para tudo; enfrentamos outras situações bastante constrangedoras, muitas vezes, nas ruas, rodovias, em locais públicos, as pessoas ao nosso redor ficam tirando fotos, filmando; hoje, todas as pessoas têm celular com câmera. Então, quando a gente chega para o atendimento, tem um monte de gente mais preocupada em registrar a cena, filmando o atendimento. A nossa preocupação não é com relação à filmagem do nosso trabalho, mas, sobretudo, a preocupação maior é com a dignidade das pessoas atendidas e exposição desnecessária. Outras dificuldades é o acesso ao local da ocorrência, em virtude do trânsito; os motoristas não colaboram, não abrindo caminho para as viaturas, prejudicado o tempo-resposta; tudo isso leva o agente ao estresse, isso é muito ruim, o estresse do dia traz prejuízo para o profissional e para o serviço no atendimento; outra tensão vivida no dia a dia é a falta de treinamentos e capacitação para o bom desenvolvimento das atividades; sentimos inseguros, dependendo da gravidade do chamado, nossa formação é inadequada”.</p>	

Ideia Central – III	Expressões Chaves
Aconteceu no papel. Na realidade, os recursos são escassos e depende do poder político.	<p><i>“[...] aconteceu no papel, não foi suficiente para superar as fragmentações nas ofertas de serviços [...]” E3</i></p> <p><i>“[...] os recursos são escassos [...]” E1, E13</i></p> <p><i>“[...] as desigualdades municipais podem ter contribuído [...]” E12</i></p> <p><i>“[...] ausência de comprometimento, e vontade política [...]” E15</i></p>
<p>“O processo de regionalização aconteceu no papel, na realidade, não foi capaz de resolver a fragmentação nas ofertas de serviço; a realidade é que os recursos são escassos e dependem de intervenção política. O SAMU foi implantado com a intenção de resolver as demandas dos serviços de emergência e a insatisfação da população. Inicialmente, atendeu aos municípios maiores, posteriormente proporcionou a regionalização, foi uma iniciativa plausível, mas muita coisa continua somente no papel; os recursos financeiros são escassos, os atendimentos de muitas especialidades são deficitários; o que vivenciamos no dia a dia é a procura de atendimento em outras regionais. Acredito que as desigualdades dos municípios podem ter contribuído para que muitos dos compromissos assumidos inicialmente não se concretizassem; continua faltando: vaga para internação, ofertas de exames, de especialidades e leito de UTI; as portas de emergências permanecem lotadas, sem perspectivas de melhora; falta também vontade política, ausência de comprometimento para solucionar estes problemas, frequentemente ficamos com macas presas na porta de entrada para o sistema de saúde, por falta de vaga”.</p>	

Fonte: Pesquisa em campo, 2019

Temática 2 - A questão norteadora foi: “Quais são as fragilidades e potencialidades do SAMU regional?” O Quadro 19 demonstra a Ideia Central (IC) e as Expressões-Chave (ECH) geradas a partir desta questão norteadora.

Quadro 19 - Ideias centrais, expressões-chave que emergiram das entrevistas, segundo o DSC. Bauru-SP, Brasil-2019

Ideia Central – I	Expressões Chaves
Fragilidades que impactam na atuação adequada do SAMU são: falta de gestão, falta de recursos e falha na regulação.	<p><i>“[...] falta de gestão, supervisão e orientação”</i></p> <p><i>“[...] médicos que não fazem uma boa regulação, e a falta de educação dos médicos nos hospitais [...]” E13, E14</i></p> <p><i>“[...] não se fazer uma triagem mais detalhada, então nos encaminha para ocorrências nas quais não necessitaria de atendimento do SAMU. [...]” E1, E6, E11, E15, E19, E22</i></p> <p><i>“[...] falta leitos hospitalares. [...]” E17</i></p>
<p>“As fragilidades são muitas, mas algumas se destacam, dentre elas: a falta de gestão, falta supervisão e orientação sistematizada da central de regulação médica de Urgência do município sede; falta de treinamento, capacitação, para poder prestar uma assistência de qualidade; os médicos que não fazem uma boa regulação, não fazem uma triagem mais detalhada, então nos encaminha para ocorrências nas quais não necessitaria de atendimento do SAMU; a indiferença de alguns colegas, falta de educação dos médicos nos hospitais para receber o paciente. É preciso qualificação continuada até para os próprios médicos mesmo, há muita gente nova</p>	

entrando, o tempo todo, recém-formado, que, muitas vezes, não fez o PHTLS ainda, ou não teve muita vivência; todos devem ter oportunidade de trabalhar no SAMU, mas que pelo menos capacite. O serviço não tem feito investimento, sem recursos humanos capacitados, o sistema não consegue oferecer um atendimento de excelência, falta investimento financeiro por parte da prefeitura e do Ministério da Saúde; número de leitos hospitalares insuficientes; falta tecnologia e integração entre os serviços no próprio município, o que prejudica o serviço e a qualidade da assistência prestada. Percebemos uma alienação do profissional, desmotivado, com dificuldade em trabalhar em equipe; embora relate gostar do serviço, não se vê envolvido com o processo do cuidado como um todo, comprometendo o resultado do serviço.”

Ideia Central – II	Expressões-Chave
Fragilidades: falta de integração entre os setores; déficit de conhecimento dos gestores; descontinuidade do processo de gestão, devido à rotatividade dos gestores	<p>“[...] alta rotatividade de gestores. [...]” E1, E4 “[...] déficit de conhecimento dos gestores [...]” E3, E10 “[...] a falta de educação dos médicos nos hospitais [...]” E1, E2, E9, E11, E18, E21 “[...] descontinuidade do processo [...]” E4, E9 “[...] dificuldade de diálogo entre diferentes setores para planejar, executar suas responsabilidades [...]” E6</p>
<p>DSC “As principais fragilidades são as rotatividades de gestores, as indicações políticas ou gestores sem conhecimento técnico-científico para gestão dos serviços. Toda vez que termina um mandato político se reinicia o ciclo, induzindo falta de sequência administrativa e a descontinuidade do processo iniciado ou implementado para os municípios descentralizados. Temos dificuldade nos hospitais, para deixar o paciente; os médicos plantonistas gritam com a gente, menospreza nosso relato. Não há um diálogo franco entre os diferentes setores para planejar e executar suas responsabilidades. No serviço público, essas fragilidades são originadas, porque existe dependência de decisões políticas, que não deveriam ser influenciadas por partido político”.</p>	
Ideia Central – III	Expressões-Chave
Potencialidade Alguns avanços foram conquistados com RUE	<p>“[...] o Melhor em Casa foi muito bom [...]” E2, E4, E5, E8 “[...] avançou por trabalhar a prevenção, a promoção, o tempo oportuno, o trombolítico [...]” E 1, E5, E9 “[...] classificação de risco [...]” E1, E15, E22 “[...] redução dos custos dos serviços [...]” E2, E4, E12, E17, E18, E19, E21</p>
<p>DSC “Acho que foi uma grande conquista para nosso município o SAMU regional; o paciente chega na UPA, às vezes, já medicado ou iniciado o tratamento. Com a ampliação das UPAs e a obrigatoriedade da utilização do protocolo de classificação de risco, essa cultura da classificação foi entrando para dentro dos municípios e dos serviços (...) o Melhor em Casa foi muito bom. A maioria dos municípios abriu serviço, porque tinha SAMU, pré-requisito para implantar o serviço; estas pessoas não estão ocupando leito hospitalar, e nós ainda temos superlotação; a linha dos cuidados IAM e AVC avançou por trabalhar a prevenção, a promoção, o tempo oportuno, o trombolítico (...); nestas linhas, a gente avançou muito; temos trombolítico na USA ou na UPA que depende do acordado com a gestão. E linha de cuidados no trauma, então, sabemos para onde nosso paciente deve ser encaminhado, embora fragmentado e pouco articulado, que expressa a fragilidade da rede no território. O SAMU, como ordenador da RUE, tem facilitado a estruturação da rede e integração dos serviços. Através das pactuações com as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, oferecida condição adequada para a efetivação da integralidade, universalidade e equidade aos usuários em seus diversos ciclos de vida.”</p>	
Ideia Central – IV	Expressões-Chave
Potencialidades para usuário do sistema de urgência: Facilita o acesso, o vínculo e a continuidade do cuidado integral	<p>“[...] vínculo do paciente e a continuidade [...]” E5, E13 “[...]o serviço faz um elo entre os demais. [...]” E10 “[...] a ordenação dos serviços, e a promoção da saúde [...]” E13 “[...] potencializa os municípios de menor poder a oferecer saúde de qualidade. [...]” E14 “[...] auxílio no enfrentamento das dificuldades locais [...]” E20 “[...] melhorando o acesso aos serviços [...]” E 21</p>
<p>DSC “A organização dos serviços de urgência local ou regional, na maioria das vezes, potencializa e facilita o acesso do paciente aos serviços ofertados, criando vínculo para continuidade do cuidado no local adequado, principalmente o paciente crônico; se o usuário não possuir este vínculo com o serviço e com os profissionais, não existe adesão ao tratamento. Em algumas situações, para que possa atender o usuário, este vínculo se dará através do elo estabelecido pelo serviço local com os demais da rede; em outros casos, isso se torna possível através da regulação médica e a solidariedade entre os gestores da saúde, dos municípios de menor estrutura</p>	

com aqueles de maior complexidade. Por exemplo, o tratamento de maior complexidade se torna possível pela negociação entre os federados, isso empodera os municípios para o enfrentamento das dificuldades locais, auxilia os gestores a assumir o compromisso, e possibilita novas maneiras de prestar assistência, melhorando o acesso à saúde”.

Fonte: Pesquisa em campo, 2019

Temática 3 - A pergunta norteadora foi: “Quais os principais problemas e desafios que os gestores enfrentam no processo de gestão em saúde?” O Quadro 20 demonstra a Ideia Central (IC) e as Expressões-Chave (ECH) geradas a partir desta questão norteadora.

Quadro 20 - Ideia central, expressões-chave que emergiram das entrevistas, segundo o DSC. Bauru-SP, Brasil-2019

Ideia Central – I	Expressões-Chave
A governança do SAMU é relativa.	<p>“[...] havia recurso financeiro para a construção da RUE [...]” E7, E21</p> <p>“[...] O SAMU regula só as viaturas do SAMU, [...]” E13</p> <p>“[...] Falta leitos hospitalares, e as vagas são reguladas pelo CROSS [...]” E9, E11</p> <p>“[...] Os maiores desafios são manter a qualidade do serviço, [...]” E 16</p> <p>“[...] descontinuidade das gestões e a alta rotatividade dos quadros de direção</p>
<p>“A regionalização dos SAMUs foi muito legal, teve a participação dos municípios, dos prestadores de serviços e o Ministério da Saúde esteve muito presente; foram chamados os gestores dos hospitais para fazer as pactuações; não foi difícil, porque havia garantia de recurso para o financiamento significativo da RUE. Em busca do financiamento, o planejamento do SAMU e da rede foi realizado de forma centralizada pela equipe regional da DRS e discutido com os principais atores, dos hospitais, prontos-socorros, com as equipes de atenção básica e com todos os serviços que poderiam agregar muito ao plano. O SAMU, cuja regulação fica no município sede e regula só as viaturas do SAMU; os bombeiros têm regulação própria e não é tão burocrática como SAMU, que você fica ligando (para o SAMU), até te passarem as informações; o outro cidadão que vê o que ‘tá’ acontecendo e liga para o bombeiro; quando você terminou o ‘teu’ atendimento do SAMU, o bombeiro já encostou. O SAMU leva para UPA ou pronto-socorro, não há vaga, leitos hospitalares, tem que colocar o paciente no CROSS; o paciente fica dias aguardando vaga, dias e dias; é um jogo de pressões de familiares, da mídia e exposição de fragilidades dos gestores no processo. Dentre os desafios da gestão regional da RUE, a descontinuidade das gestões e a alta rotatividade dos quadros de direção, fragilizando as pactuações; quando muda os gestores dos municípios, muda tudo, a gente avança. Daí tem um retrocesso e tem de reconfigurar a rede. E não é só no nível municipal, mas também estadual e federal”</p>	
Ideia Central – II	Expressões-Chave
Planejar e gerir os serviços sem interferência administrativa e política	<p>“[...] a maioria das municipalidades não é capaz de arcar sozinha com a assistência à saúde de seus habitantes. [...]” E3</p> <p>“[...] planejar e gerir serviços, transferir recursos [...]” E4</p> <p>“[...] Referenciar uns aos outros de forma sistêmica [...]”. E5</p> <p>“[...] interdependência política, [...]”. E6</p> <p>“[...] que os serviços de uns se interconectem ou interajam com os dos outros [...]” E1, E3</p>
<p>“Os maiores desafios para os gestores municipais estão na falta de recursos financeiros, que faz com que a maioria das municipalidades não seja capaz de arcar sozinha com a assistência à saúde de seus habitantes; a regionalização, apenas, também não dá conta; é preciso planejar os serviços, e investir em recursos; não é possível referenciar seus municípios para outros municípios sem transferência de recursos por parte do município ou do Ministério da Saúde. Isto precisa estar bem claro e sistêmico para que os serviços consigam se bancar, e oferecer uma boa assistência. É o sonho de qualquer gestor de saúde poder planejar e gerir os serviços sem interferência administrativa ou política, para que serviços de uns se interconectem ou interajam com os dos outros. Por afinidades, compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir ao cidadão, de um ou de outro município, a integralidade de sua saúde. Para isso, temos nos articulado entre os entes federativos para compor uma rede Interfederativa, dotada de instrumentos jurídico-administrativos que nos permitam, de maneira integrada e compartilhada, poder transferir recursos e se referenciar uns aos outros de forma sistêmica,</p>	

mantendo, dentro do possível e sustentável, a regionalização dos serviços; manter uma interdependência política, e financeira”.

Ideia Central – III	Expressões-Chave
Fragilidade gerencial está longe de vencer os problemas de assistência à saúde.	<p>“[...] <i>Baixa remuneração</i> [...]” E1, E4</p> <p>“[...] <i>problema crônico enfrentado no processo de gestão em saúde</i> [...]” E10</p> <p>“[...] <i>fragilidade gerencial, e que estão longe de atender ao exigido para oferecer uma assistência resolutiva, [...]</i>” E11, E14</p> <p>“[...] <i>capacitação profissional e investimento financeiro [...]</i>”. E1</p>

“A maior fragilidade da gestão está longe de vencer os problemas de saúde porque depende de planejamento, de formulação de políticas, programação, orçamento e controle. Outro problema crônico enfrentado no processo de gestão em saúde são as baixas remunerações, levando à alta rotatividade dos profissionais; a falta de motivação; a falta de treinamentos: sem treinamento, capacitação profissional; baixo investimento financeiro; falta de material e de manutenção dos serviços e das equipes. Também a existência de inúmeros estabelecimentos de saúde como porta de entrada do SAMU com grande dificuldade gerencial, e que estão longe de atender ao exigido para oferecer uma assistência resolutiva, adequada e otimizada, tornando impossível uma assistência resolutiva; outra falha muito séria é a falta de manutenção dos serviços e das equipes, o que torna muito difícil manter a qualidade”.

Ideia Central – IV	Expressões-Chave
Recomeços constantes e desmotivação dos profissionais.	<p>“[...] <i>despreparo dos profissionais para o exercício da administração</i> [...]” E 13</p> <p>“[...] <i>gestão longe de gerar uma performance eficaz e eficiente [...]</i>” E15</p> <p>“[...] <i>alta rotatividade dos gestores [...]</i>” E16</p> <p>“[...] <i>desmotivação dos profissionais [...]</i>” E17, E11</p> <p>“[...] <i>baixa resolutividade e falta de protagonismo na assistência [...]</i>”. E 19</p> <p>“[...] <i>o desperdício por diversas formas de ineficiência nos sistemas</i> [...]” E20, E21</p>

“Dentre os desafios estão: o eterno recomeço toda vez que troca prefeitos, troca gestores da saúde e as indicações políticas, que, por sua vez, não é contemplada com indicação técnica; despreparo dos profissionais para o exercício da administração; a alta rotatividade dos gestores em função da relação com os processos partidários e eleitorais atrapalha a evolução do serviço; a falta de treinamento sistematizado ou profissionais capacitados leva à lentidão na incorporação de novas tecnologias, gerando descontinuidade e os permanentes recomeços, causando desmotivação dos profissionais e baixa qualidade assistencial. Também crescimento progressivo dos gastos em saúde; tudo isto torna os métodos tradicionais ineficazes para os resultados dos serviços de saúde; o desperdício por diversas formas de ineficiência nos sistemas, aliado à fragmentação dos serviços de saúde, é a principal causa do fracasso. Tudo isso gera barreiras para o acesso aos serviços de saúde, descontinuidade do cuidado; outra falha é a falta de protocolos das pactuações na regulação da central; também sem conhecimento do funcionamento do sistema, muitas vezes, encaminha o paciente para atendimento em lugar não apropriado, como consequência da desorientação, baixa resolutividade na assistência”.

Fonte: Pesquisa em campo, 2019

Temática 4 - A questão norteadora foi: “Os SAMUs, através das CRUs, regulam RUE de forma a tornar o sistema de saúde mais integrado e resolutivo, ordenando adequadamente? Como tem sido articulado na sua gestão estes arranjos? O Quadro 23 demonstra a Ideia Central (IC) e as Expressões-Chave (ECH) geradas a partir desta questão norteadora.

Quadro 21 - Ideia central, expressões-chave que emergiram das entrevistas segundo o DSC.

Bauru-SP, Brasil-2019

Ideia Central – I	Expressões-Chave
Uma nova lógica de gestão entre os cuidados	<p><i>“[...] O SAMU tem muita dificuldade para deixar o paciente nas unidades de referência [...]” E2,</i></p> <p><i>“[...] requer planejamento e avaliação contínua para manter as pactuações [...]” E15</i></p> <p><i>“[...] precisam lidar com vários elementos, conflito e competição em um contexto democrático, [...]” E17</i></p>
<p>Para regionalizar o SAMU, houve muita articulação e discussão, tendo como mediador a DRS 6. Com a adesão aos SAMUs, a possibilidade de superar obstáculos que dificultavam a resolutividade no SUS (e também era uma imposição do MS para obter recursos para implementação de outras redes temáticas, além da rede de emergência). Após anos da existência do serviço, persistem várias dificuldades. Temos o processo vinculado a vários governos intermunicipais; não funciona em rede; o SAMU não consegue atender todas as ligações, mas deveria regular todos os serviços; regula somente as ambulâncias do SAMU. Esta visão já melhorou bastante com a existência do SAMU. É o SAMU que ordena a urgência e emergência, pois ele tem o poder de ordenação para onde vai o paciente, mas, muitas vezes, os médicos e até mesmo o enfermeiro não querem receber o paciente. Sobre o atendimento pelas unidades de referência [...], na maioria das vezes, eles aceitam. Alguns são respeitadores das pactuações, e outros precisam entender que são referência. As decisões na regulação não são fáceis, o mediador precisa lidar com vários elementos conflituosos, e competição marcada por desigualdades regionais importantes; é preciso superar os obstáculos principalmente dos municípios menores, e as dificuldades para oferecer assistência aos seus munícipes; dos municípios maiores, as dificuldades para absorver todos os problemas de saúde. A regionalização do SAMU, propôs uma nova maneira de articulação entre os serviços, na tentativa de atender a todos. No entanto, este processo requer planejamento e avaliação contínua para uma maior eficácia; e esta tem sido nossa dificuldade: cada vez que se encerra uma gestão política partidária, se reinicia as discussões, e eterna negociação.</p>	
Ideia Central – II	Expressões-Chave
Capacidade municipal para gerir de forma eficiente as políticas públicas locais.	<p><i>“[...] a autonomia local varia na proporção da capacidade do governo local [...]” E5, E17</i></p> <p><i>“[...] provisão de recursos humanos, materiais e de equipamentos, além de área física adequadas [...]” E4, E21</i></p> <p><i>“[...] oferecer serviços de qualidade[...]” E9, E21</i></p>
<p>Com a chegada do SAMU, houve uma ampliação das ações e dos serviços ofertados, sobretudo nos municípios. Porém, ainda estamos distantes da rede contínua de cuidados integrais. O SAMU não tem opção nos pequenos municípios. O único local é o pronto atendimento do hospital. É preciso organizar melhor a rede, indispensável para integrar as diferentes etapas de atenção, e otimizar a aplicação dos recursos. Com a ampliação dos serviços, houve acréscimos dos gastos em saúde, porque o repasse federal não é suficiente. Muito raramente, algum paciente é direcionado às unidades básicas. Nos municípios maiores, com mais recursos, o SAMU trabalha diferente, um pouco mais de acordo com o proposto; tem mais possibilidades e consegue levar o paciente para os locais mais adequados. A origem da informação por terceiros, por telefone, sem condições de conferência da real situação do paciente; aliada ao despreparo de algumas equipes de assistência nas unidades de suporte básico, gera estresse e insegurança. Com isso, o médico regulador, muitas vezes, acaba ficando com medo e inseguro para tomar decisão com base no quadro descrito, e encaminha o paciente para a referência hospitalar, colaborando para superlotação das unidades de urgência e emergência. É necessário investimentos em novos serviços, materiais, recursos humanos qualificados ou adequação dos serviços. Pacientes crônicos com agravos frequentes de seu estado de saúde é sinal de tratamento inadequado; têm melhora momentânea, mas precisa ser direcionado para local adequado para tratamento e acompanhamento.</p>	

Fonte: Pesquisa em campo, 2019

7- Discussão

7 DISCUSSÃO

A seguir, separadamente, foram apresentadas as discussões dos resultados das etapas quantitativa e qualitativa.

7.1 Caracterização profissional dos sujeitos do estudo

A caracterização profissional compreendeu seis variáveis: idade, estado civil, sexo, percurso profissional, tempo de formação, titulação e tempo de atuação em APH. Quanto à idade (Gráfico 1), a amostra foi constituída predominantemente por enfermeiros na fase de maturidade profissional, que se caracteriza pelo pleno desenvolvimento de capacidades cognitivas, técnicas e práticas. Isso se distingue dos estudos de Persegona, Oliveira e Pantoja (2016) que destacam que a enfermagem é composta por uma força de trabalho jovem, com idade que varia entre 26 e 35 anos. No presente estudo, as concentrações mais expressivas foram nas faixas etárias entre 36 e 40 anos, para oito enfermeiros (41%); seguido pelas faixas etárias entre 41 e 45 anos, que incluíram 14 enfermeiros (23%). Merece destaque o fato de que a presente investigação compreendeu apenas 22 profissionais (enfermeiros) que atuam em um serviço muito peculiar, e que demanda mais tempo de preparo para a atuação, como: formação acadêmica, experiência prévia e capacitação específica para atuação, o que justificaria esse percentual de idade um pouco mais elevada.

Quanto ao estado civil, conforme dados apresentados no Gráfico 2, foi possível observar que a maioria dos enfermeiros se encontravam casados, o que implica na necessidade de tempo e dedicação à casa e ao trabalho. O estado civil é uma informação referente à situação matrimonial legal, e são considerados 5 estados civis: solteiro, casado, separado, divorciado e viúvo (DIAS et al., 2016). Segundo o IBGE (2012), solteiro é o estado civil mais predominante (55,3% da população brasileira), diferindo do obtido em nossa amostra, na qual 33% eram solteiros; e 43%, casados. Essa análise nos remete a épocas remotas, onde havia a concepção de que a mulher foi feita para servir e procriar. De acordo com Furukawa (2009), na época da criação da enfermagem moderna, a mulher tinha que ser casada para garantir sua felicidade e prosperidade, consolidando, assim, sua posição social ou estabilidade econômica. Aquelas que se declararam solteiras, romperam com este paradigma.

A influência positiva sobre a produtividade da associação entre casamento e trabalho foi comprovada numa pesquisa com 608 casais nessa situação, em Porto Alegre e São Paulo, realizada pelo escritório brasileiro da *International Stress Management Association*. “A

pesquisa mostrou que essas pessoas tendem a render mais, porque dedicam um tempo maior ao trabalho, lidam melhor com as demandas diárias do cotidiano e apresentam menos conflitos na relação entre o trabalho e a família" (SIGNIFICADOS, s/d). Dos casais que atuavam na mesma ocupação, 80% registraram menos exaustão emocional e exposição ao estresse (SIGNIFICADOS, s/d).

O Gráfico 3 demonstrou a predominância do gênero masculino em nossa amostra. Dos 22 gestores dos SAMUs, apenas oito eram mulheres. No Brasil, a inserção de homens na profissão enfermagem aconteceu com a criação dos hospitais psiquiátricos, por associarem ao gênero masculino força física necessária para lidar e conter os pacientes. No que refere à inserção do sexo masculino na enfermagem brasileira, Jesus et al. (2010) diz que seu início ocorreu em 1890, no Rio de Janeiro, através da criação da escola profissional de enfermeiros e enfermeiras, do Hospício Nacional de Alienados. Em 1905, os homens foram aceitos em escola de enfermagem pela primeira vez, tendo firmado como trabalhador nessa área na década de 90. Atualmente, os homens contribuem com 12,76% da força de trabalho na enfermagem.

A maior inserção de homens na Enfermagem se dá nos cenários de serviços de urgência e emergência, UTIs e SAMUs, devido à necessidade de possuírem características físicas que demandem força, tenacidade e gerenciamento das emoções (COTTINGHAM, 2017; SANTOS et al., 2017; VARGAS et al., 2017). Um estudo americano indicou que o maior número de homens, dentre os enfermeiros do SAMU, pode ter relação com a especificidade deste trabalho, mas também pode indicar uma mudança em relação ao gênero, no perfil dessa força de trabalho. Apesar disso, a enfermagem ainda se mostra uma profissão predominantemente feminina, mas há um crescimento no número de homens na profissão. A porcentagem de enfermeiros do gênero masculino triplicou, de 1970 a 2011, passando de 2,7% para 9,6% (ROBERT WOOD JOHNSON FOUNDATION, 2013).

No presente estudo, houve predominância do sexo masculino entre os enfermeiros (63,64%) nas equipes dos SAMUs avaliados. Valim et al. (2014), em revisão de literatura, identificou que as equipes de APH eram compostas por profissionais de outras categorias, condutor, socorrista e médico, com predominância do sexo masculino. Outro estudo realizado com enfermeiros do serviço de APH fixa e móvel de Feira de Santana (Bahia, Brasil), apontou que 77% dos seus entrevistados eram do sexo masculino, o que corrobora as afirmações supracitadas (BARROS et al., 2011). Em outro estudo desenvolvido em serviços de APH de dois municípios do interior do Rio Grande do Sul (Brasil), o percentual de profissionais homens foi de 75% (CARRENO; VELEDA; MORESCHI, 2015), sendo que compuseram a

amostra técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos atuantes no serviço. Assim, percebe-se que há preferência deste gênero para este tipo de trabalho, fato que se justifica pela necessidade de certo condicionamento físico e agilidade exigidos pelo serviço (CARRENO; VELEDA; MORESCHI, 2015).

Outro aspecto relacionado ao perfil dos profissionais que atuam nos serviços APH foi a predominância de técnicos de enfermagem. Isso se justifica pelo fato de haver um maior número de USB, para as quais não há a exigência da presença do enfermeiro, mas obrigatoriamente precisam possuir um técnico de enfermagem. No Brasil, a equipe USB do APH é composta por um técnico de enfermagem e um condutor/socorrista. E, em alguns lugares, como as grandes metrópoles, compõe o quadro também um profissional de enfermagem de nível superior que, por sua vez, realiza o atendimento e o direcionamento das demandas, garantindo a remoção das vítimas para serviço hospitalar de referência (PAI et al., 2015).

Sobre o tempo de formação apontado no Gráfico 4, isso pode ser um indicativo de experiência do enfermeiro no mercado de trabalho e de relativa maturidade. O bacharelado revela as competências e habilidades do enfermeiro, assim como o tempo de formação, em uma dada época, reflete o conhecimento e aptidão valorizados em um determinado período. (MARTINS et al., 2006). Os resultados demonstraram que a maioria dos profissionais entrevistados (40%) concluiu a graduação num prazo entre seis e 10 anos, não tendo sido encontrado nenhum profissional com menos de um ano de graduação. A instituição mantém as características com profissionais de média idade, descrita anteriormente, e com tempo de formação profissional que, em média, ultrapassa os cinco anos. Pesquisas demonstraram que a vivência na profissão e o tempo de formação são essenciais para que o profissional de enfermagem desenvolva habilidades e destreza no atendimento a urgências e emergências. Com base nisso, podemos afirmar que o tempo de formação da maioria dos entrevistados pode ser um indicativo de qualidade no atendimento.

O gráfico 5, que mostra o percentual de enfermeiros de acordo com a titulação, indicou que a maioria dos participantes possuíam especialização e capacitação em: cursos em APH, como Primeiros Socorros; Suporte Avançado de Vida, em Cardiologia; Suporte Básico de Vida; Suporte Pré-hospitalar de Vida, no Trauma; e Suporte Avançado de Vida, em Pediatria. O fato de os enfermeiros saírem da graduação com título de generalista não significa que receberam no seu currículo de graduação conteúdos relacionados ao atendimento móvel de urgência. A PNAU é recente no Brasil e, como direciona ações e legaliza as atividades de complexidade, a atuação profissional requer uma formação especial, por se tratar de situações imprevisíveis e críticas.

Além disso, exigem conhecimento atualizado e baseado em evidências científicas. Esses aspectos podem interferir no desempenho do profissional e desfecho dos atendimentos. (LUCHEMBERG; PIRES, 2016).

Nas entrevistas, foi possível perceber que os profissionais demonstraram insegurança para atuar no SAMU após sua formação de graduação e/ou especialização, devido às peculiaridades do serviço. Nesse sentido, é relevante apontar que o processo de formação implica no perfil do egresso e, também, pode repercutir na sua percepção de segurança ou insegurança para atuar profissionalmente. Diz-se que há um consenso entre estudiosos da área sobre a recorrência de debates que apontam para a formação do enfermeiro generalista que seja capaz de estar atento às singularidades sócio-sanitárias; à importância dos avanços tecnológicos; às incertezas políticas e econômicas, além de outros desafios, o que demanda um repensar das instituições de ensino superior quanto aos modelos de formação profissional no Século XXI (FROTA et al, 2020). Justamente esse perfil generalista, aliado a outras especificidades de cada cenário em que as instituições de ensino estão inseridas, pode provocar o sentimento de insegurança nos egressos, uma vez que eles saem da academia sabendo “um pouco de tudo, mas que em situações específicas se percebem com a necessidade de complementar sua formação” (CARVALHO; KALINKE, 2008).

Outro dado relacionado ao perfil dos profissionais, que vale ser destacado, é que 15,9% dos enfermeiros iniciaram suas atividades no SAMU sem receber capacitação para atuar neste serviço. Para que o enfermeiro esteja apto para atuar no SAMU de forma segura e confiante, faz-se necessária uma capacitação na área, a fim de garantir segurança e agilidade nos atendimentos de suas ocorrências. Para isso, esses profissionais acabam por compensar a ausência sentida durante sua formação quanto ao componente prático, por meio do aperfeiçoamento em educação continuada, realizando cursos na área (FERREIRA; FERREIRA, 2019).

Conforme o gráfico 6, que demonstrou o tempo de atuação dos enfermeiros no SAMU, a maioria dos profissionais já atua nesse serviço por um período de um a cinco anos. Os demais já laboravam nessa função há mais de cinco anos, não tendo sido identificado profissional com menos de um ano de atuação. Dessa maneira, é possível afirmar que dentre os participantes do presente estudo houve predomínio de enfermeiros com experiência nessa atividade. Segundo Ferreira e Ferreira (2019), para que o enfermeiro possua aptidão para atuar no SAMU de forma segura e confiante, ele tem que ser capacitado para obter segurança e agilidade nos atendimentos. Às vezes, para compensar a ausência de capacitação acadêmica, é

necessário haver educação continuada e aperfeiçoamento com a realização de cursos nessa área específica.

7.1.1 Avaliação estrutural dos SAMUs da RRAS 09

No primeiro momento, são discutidos os resultados sobre estrutura dos SAMUs da RRAS 09: estrutura física; os recursos humanos, materiais; a análise dos aspectos normativos e a visão administrativa dos gestores.

Para a avaliação estrutural, a Portaria 1010/12/MS embasou a utilização dos pré-requisitos para instalação de bases do SAMU, e ressalta em seu artigo 5º, a necessidade da base com infraestrutura adequada e dentro dos padrões do MS (BRASIL, 2012a). Outras estruturas do serviço foram analisadas a partir de um *checklist* aplicado às gerentes do serviço, contendo tópicos que trazem os quesitos necessários baseados nas Portarias: 2.048/2002, 2.657/2004, 2.971/2008, para o funcionamento adequado da CRU, dos componentes das ambulâncias, e recursos humanos necessários para funcionamento adequado do serviço. A partir disso, foi possível identificar a disponibilidade de recursos físicos, materiais e humanos, e suas relações com a oferta de uma assistência de qualidade e o alcance dos resultados esperados.

Os recursos humanos devem ser capacitados para as atividades que desenvolvem; estar em quantidade suficiente, experientes e hábeis na função; assíduos e com seus direitos trabalhistas garantidos (LANCINI, 2013). Os recursos materiais e tecnológicos devem estar disponíveis conforme a legislação vigente, com ambulâncias em bom funcionamento, equipadas com materiais de boa qualidade, além da existência e acessibilidade de normas e rotinas atualizadas, adequadas para a realidade do cotidiano de trabalho, e servindo com ferramenta eficaz na atuação dos profissionais envolvidos (LANCINI, 2013).

O SAMU é estruturado por uma CRU, constituída por profissionais capacitados para a triagem dos casos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência e ordenação do fluxo no sistema de referência e contra referência. As atividades técnicas são coordenadas por médicos reguladores – com base nas informações coletadas –, que gerenciam, definem, operacionalizam meios disponíveis para responder a tais solicitações, através de protocolos técnicos e do poder de decisão em arbitrar sobre os equipamentos de saúde necessários ao adequado atendimento às vítimas (BRASIL, 2012a).

7.1.2 Tipos de viaturas e categorias profissionais

A portaria GM/MS n.º 1.864, de 29 de setembro de 2003, instituiu o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, por intermédio da implantação do SAMU 192, suas CRU e seus NEU, em municípios e regiões de todo o território brasileiro. A implantação dos SAMUs, a partir de 2003, é explicada pela existência de uma norma que determinava padrões de construção, alocação de equipamentos e recursos humanos, com forte indução financeira, já que há responsabilidade de financiamento federal e custeio de 50% por este ente federativo, alcançando a cobertura de 7,8%, em 2004. Em 2008, o SAMU já abrangia todas as capitais, com cobertura de 52,9% da população do país (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

O padrão de implantação dos SAMUs privilegiou, inicialmente, apenas os municípios com população acima de 100 mil habitantes, que poderiam apresentar projetos para sua implantação. No entanto, após extensa discussão das propostas, ocorrida durante a Comissão Intergestores Tripartite, ficou definido que a análise e seleção dos projetos deveriam obedecer a critérios de prioridade que, com exceção do item “a” que será preferencial, não terão caráter hierárquico, entre si: as capitais, seguidas de município com mais de 100 mil habitantes, tendência observada até 2006. A partir de 2008, predominaram os SAMUs regionais. (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2011).

Cabe ressaltar que o tipo e a quantidade de unidade/ambulância presente em cada município variam com a necessidade e disponibilidade constante no plano de implantação do SAMU, apresentado por cada ente municipal ao gestor federal. As unidades móveis são em número de 36, sendo 28 USB e cinco USA, contemplando o parâmetro estabelecido na Portaria GM n.º 2.048, que associa uma USB a uma faixa de 100.000 a 150.000 mil habitantes. Isso mantém uma relação de uma USB/60,71 habitantes, conforme dados de 2019. Com relação ao número de USA, cinco contemplam o parâmetro estabelecido pela mesma portaria, na qual se associa uma USA a cada 450.000 mil habitantes. Nesse estudo, observou-se uma relação de 1 USA a cada 334.113 habitantes (em 2019), onde apenas o critério populacional foi considerado para análise, sem contemplar a área de abrangência de cobertura e o perfil epidemiológico.

Diante da realidade heterogênea social e financeira dos municípios e capacidade gestora dos recursos, cabe ressaltar que o tipo e a quantidade de unidades móveis em cada município variam com a necessidade e disponibilidade prevista no plano de implantação do SAMU, apresentado por cada ente municipal ao gestor federal. Apenas um serviço dos

municípios da RRAS 09 possuía motolância a partir de março de 2015, após nove anos de início das atividades do SR1. Esse aspecto histórico se justificou pelo fato de que no referido município o tráfego é intenso e de difícil acesso aos bairros periféricos nos horários de pico. Dessa forma o Ministério da Saúde, naquela época, disponibilizou uma unidade de motolância. O mesmo município adquiriu uma outra unidade com recurso próprio, passando a contar com duas unidades. Essa ação proporcionou deslocamento facilitado, rápido e eficaz, o que fundamenta a busca pela excelência no atendimento de urgência, com tempo de resposta adequado. Cada vez mais, as emergências pré-hospitalares demandam um tempo de resposta menor, e a motolância permite a chegada de um membro da equipe de 3 a 5 minutos antes da ambulância, garantindo tempo-resposta reduzido (BRASIL, 2008).

A equipe de profissionais não oriundos da área da saúde deve ser composta por telefonista, radio-operador e condutor de veículos de urgência. A equipe de profissionais oriundos da Saúde deve contar com médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Dentre os profissionais oriundos da área de saúde, que atuam na USA, estão (BRASIL, 2002):

- ❖ Médicos Intervencionistas: médicos responsáveis pelo atendimento necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte;
- ❖ Enfermeiros Assistenciais: enfermeiros responsáveis pelo atendimento de enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte, devidamente registrados no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel, devendo, além das ações assistenciais, prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar.

Essa portaria também define ambulância como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se destine exclusivamente ao transporte de enfermos. Ambulância tipo D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos (BRASIL, 2012a).

7.1.3 Avaliação dos recursos humanos

A avaliação de recursos humanos se referiu à totalidade de servidores empregados que compõem três dos quatro SAMUs da RRAS 09. Os aspectos elencados para a avaliação foram: dimensionamento pessoal; relação da quantidade de viaturas; número de profissionais;

carga horária; hora-plantão; rotatividade; absenteísmo; vínculo contratual estabelecido; e a participação em atividades de educação permanente.

Dos 348 profissionais – 147 profissionais da enfermagem (31 enfermeiros, 102 técnicos e 14 auxiliares), 104 condutores, 72 médicos, 32 TARMS, 8 da limpeza das bases, 3 da limpeza das viaturas, 6 administrativos e 4 técnicos de informática –, 160 (47%) eram funcionários públicos concursados. O restante da equipe, 188 (53%), eram contratados por intermédio de uma empresa terceirizada (modalidade CLT), para a qual a Prefeitura repassa recursos financeiros mediante contrato, sendo ela a responsável pelo pagamento das equipes do SAMU do município.

Os coordenadores de enfermagem cumprem jornada de trabalho de oito horas diárias, exceto finais de semana e feriados, ficando em regime de sobreaviso nas horas excedentes, por meio de um dispositivo de telefonia móvel. As escalas de trabalho da enfermagem, dos condutores, dos TARMS e da limpeza são elaboradas pelo coordenador de enfermagem; e a escala dos médicos feita pelo médico coordenador. A escala de cada plantão é construída tendo em vista a quantidade de profissionais necessária para que a CRU e todas as viaturas tenham suas equipes completas. O número de horas trabalhadas por plantão é o mesmo entre os profissionais do município sede, e aqueles lotados na base descentralizada, em outros municípios. Há diferenças entre a jornada de trabalho semanal apenas dos médicos e enfermeiros, de acordo com a função e vínculos institucionais. Quanto à cobertura de escala com plantões renumerados ou hora extra, foi observado essa prática apenas em um SAMU regional, e pontualmente para servidores concursados. Aos demais, de acordo com legislação municipal, é vedada a remuneração de horas extras pelos municípios. As horas excedentes trabalhadas são compensadas com horas de folga, na mesma proporção. Feriados e finais de semana não são considerados como hora extra.

A correta elaboração das escalas e distribuição dos funcionários garantem que, em cada setor dos serviços, haja um número suficiente de funcionários (PEREIRA et al., 2014). Uma vez que o desgaste físico compromete o rendimento e pode ocasionar riscos aos trabalhadores (SCHMOELLER et al., 2011) e aos usuários do SAMU, não é indicado que se ultrapasse o limite de horas além do expediente (LANCINI, 2013). O Decreto 7.186/2010, que trata do adicional por hora-plantão hospitalar, orienta o limite de 24 horas semanais de HP (BRASIL, 2010b). O trabalhador não deve ultrapassar um limite de horas além do seu expediente, pois o desgaste físico compromete o rendimento e pode ocasionar riscos tanto aos trabalhadores quanto aos pacientes.

O número de profissionais que compõe o quadro efetivo do SR1 da RRAS 09 tem

adequação de acordo os parâmetros estabelecidos pelo CNES e equipe cadastrada para viaturas. Não existe um dimensionamento de índice de segurança técnica para a cobertura das escalas dos profissionais em relação à férias, licenças médicas e folgas. Essa cobertura é atrelada à realização de horas extras pelos profissionais. Nos SR2 e SR3, por outro lado, observou-se adequação dos recursos humanos, possuindo dimensionamento com reserva técnica para coberturas de ausências programadas e não programadas. Essa constatação indica uma efetividade no processo de trabalho e, conseqüentemente, nos resultados obtidos. Foi constatado que as ações desenvolvidas são orientadas por protocolos técnicos, médico e de enfermagem, e operacionais administrativos.

7.1.4 Avaliação do controle do absenteísmo

O absenteísmo ou absentismo é um padrão habitual de ausências no processo de trabalho, dever ou obrigação, seja por falta ou atraso, falta de motivação ou devido a algum motivo interveniente. É usado também para designar a soma dos períodos de ausência de um funcionário de seu ambiente de trabalho. O índice de absenteísmo por ausências não previstas nos SAMUs dos municípios estudados, durante os meses de agosto a novembro de 2019, foi baixo. As ausências ao trabalho, em suma, foram oriundas de licenças para tratamento de saúde. Isso pode estar relacionado à exposição a riscos físicos, químicos, biológicos, psicológicos e mecânicos (SILVA; ANDRADE, 2014), ou seja, riscos ocupacionais enfrentados no cotidiano do SAMU que, muitas vezes, são desconhecidos ou negligenciados (COSTA et al., 2014). Mesmo com baixo índice de absenteísmo, essa é uma das grandes preocupações dos gestores de recursos humanos, principalmente em um serviço como o SAMU 192, que conta com equipe muito reduzida. A ausência de um único profissional é um problema que merece atenção redobrada, pois, além de interferir em questões relacionadas à prestação do serviço ao usuário solicitante, sobrecarrega os demais integrantes da equipe, quando dobra ou desativa uma ambulância.

Os dados obtidos pelo presente estudo corroboram com os resultados de um estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, que acompanhou trabalhadores da enfermagem de janeiro a dezembro de 2007, e encontrou como maior índice de absenteísmo a ocorrência de doença (SANCINETTI et al., 2009). Outro estudo investigou o absenteísmo de profissionais da enfermagem em um hospital público da cidade de São Paulo, e encontrou maiores taxas de absenteísmo em unidades de maior complexidade, onde os profissionais atendem usuários graves, com alta dependência de cuidados, o que colabora

para um maior desgaste físico e mental desses profissionais (PASSOS, 2014). Por analogia, altas taxas de absenteísmo poderiam ocorrer no SAMU, pois este serviço é considerado de alta complexidade. Estudo de Ortiga (2016), que acompanhou trabalhadores do SAMU de Curitiba nos meses de junho e julho de 2016, corrobora nossos achados, que apontam para a necessidade de realização de uma investigação detalhada, a fim de verificar os motivos específicos das licenças médicas apresentadas, e propor intervenções adequadas em cada contexto.

7.1.5 Rotatividade dos profissionais

A rotatividade de profissionais, também conhecida por *turnover*, é o produto da substituição de um ocupante de um posto de trabalho por outro, seja ele específico, individual ou de diversos postos (BRASIL, 2011a). Quando a rotatividade se torna alta e frequente, deixa os gestores em estado de alerta, pois além de gerar custos de demissões e novas contratações, impacta na qualidade da assistência. Por isso, é essencial conhecer o indicador de rotatividade no SAMU, como subsídio aos gestores para planejar um cuidado de qualidade (REIS, 2015).

Admitir altas taxas de rotatividade e a existência de vínculos trabalhistas precários não é uma posição confortável para os gestores (SCALCO; LACERDA; CALVO, 2010), pois altas taxas de rotatividade não são desejadas, uma vez que podem representar elevados custos e dificuldades de retenção do quadro de pessoal (MOURA; MAGALHÃES, 2011). Da mesma forma, preparar o funcionário para trabalhar no SAMU não é uma tarefa fácil. Segundo as exigências do Ministério da Saúde, é preciso capacitação permanente dos servidores vinculados ao componente SAMU 192, com carga horária e conteúdo programático, como forma de garantia de qualificação do serviço, observadas as peculiaridades da assistência em cada região.

Neste estudo, a rotatividade de funcionários foi considerada baixa pelos entrevistados, o que não ocorreu em relação aos gestores ou responsável técnico. Dos 22 entrevistados, apenas dois eram oriundos da gestão anterior. Segundo os enfermeiros, as trocas de coordenadores ou responsáveis técnicos acontecem com maior frequência, porque os cargos são comissionados e estão ligados diretamente à política partidária. Então, todos trabalham sabendo que poderão ser substituídos a qualquer momento. Essa constatação do cotidiano desses profissionais interfere na qualidade do serviço. Ao analisar o indicador “vínculo empregatício”, observa-se que todos os profissionais possuem vínculo estável, em regime

estatutário e CLT. Conseqüentemente, seus direitos estão assegurados, com baixo risco de desemprego e permanecem mais tempo ligados à instituição, habilitados para as rotinas e procedimentos.

Indagados sobre como foi realizada a seleção para o cargo de gestor do SR, oito dos 22 participantes desse estudo disseram que foi por indicação política. Houve consenso nas respostas, o que evidenciou a falta de capacidade técnica para essa nomeação, além de reconhecimento de um outro ponto negativo: a mudança frequente de gestores municipais dificulta consideravelmente a continuação de metas e planos pré-estabelecidos pelo gestor anterior. Segundo Nunes (1997), a política partidária influencia a gestão dos SRs, devido à indicação de cargos de confiança para executar funções de gestão de um serviço complexo e técnico-administrativo como é o SAMU.

7.1.6 Avaliação dos recursos tecnológicos e de informação

As centrais de regulação do SAMU possuem um Sistema de Informação, fornecido pelo MS e SUS, implantado em 2016, que mantém o registro dos atendimentos em planilhas manuais, realizadas pelo RO referente às saídas das viaturas (VTR). É possível saber também pela informatização: o tempo de deslocamento desses veículos, tempo de espera, classificação de risco, bem como as equipes cadastradas para o plantão de horário de pico. Todas as viaturas do SAMU de Bauru possuem *Global Positioning System* (GPS) e localizador. Porém, os demais municípios não possuem tais recursos.

7.1.7 Avaliação da capacitação em serviço

Todos os serviços devem implantar o NEU, consoante o disposto na Portaria nº 2.048/02, especificamente em seu capítulo VII. Devem implementar estratégias educacionais que promovam a qualidade de vida como meio para facilitar a forma de lidar com as situações de urgência. Segundo o referido documento, “deve ser englobada na estratégia promocional a proteção da vida, a educação para a saúde e a prevenção de agravos e doenças, além de dar novo significado à assistência e à reabilitação [...]”. A Portaria 2048 de 5/11/2002, propõe uma grade mínima de cursos a serem promovidos pelo NEU, dividindo-se o público entre os que nunca trabalharam em área de atendimento às urgências, e aqueles que já laboram. Algumas temáticas são trabalhadas nas salas de aula do Núcleo: “Sistema de saúde local e serviços relacionados”, “Cinemática do trauma”, “Abordagem ao paciente”, “Biossegurança”,

“Emergências clínicas”, “Remoção de vítimas”, “Papel do condutor do veículo de urgência”, “Urgências traumáticas em pacientes adultos e crianças”, dentre outras julgadas necessárias pela equipe ou coordenadores (BRASIL, 2002). Segundo os entrevistados, o NEU não está legalmente constituído, e os treinamentos realizados são de iniciativa dos próprios coordenadores. Apenas um dos SAMUs relatou ter o NEU instituído, mas não soube informar número de curso, período e número de participantes. Outro problema narrado por uma coordenadora entrevistada foi a distância da sede, e a falta de tempo para o acesso aos treinamentos. Essa realidade acaba por resultar em treinamentos elaborados pelos próprios profissionais que, normalmente, contando com o apoio de médico e/ou enfermeiro, discutem e praticam técnicas de atendimentos.

Quanto à composição das equipes, a maioria dos serviços procurou compor seu quadro de pessoal com profissionais que já tinham alguma experiência na área de urgências, sem, entretanto, possuir vivência específica no atendimento pré-hospitalar móvel. No entanto, o serviço difere dos demais por suas peculiaridades. Sendo assim, a formação de profissionais que atuam no SAMU precisa de preparação específica, pois este é um tema relativamente novo nesse meio e pouco enfatizado nos cursos de graduação e nos cursos de nível médio. Além da educação para esses profissionais, a atenção deve estar voltada também para aqueles não oriundos da área da saúde, conforme a constituição das equipes preconizadas na legislação (BRASIL, 2002).

Sabe-se que essa é uma das peculiaridades do atendimento pré-hospitalar móvel, pois congrega profissionais de diferentes saberes e formações, que exigem atuação qualificada para o atendimento. Os profissionais devem saber lidar com determinadas situações de espírito, de observação, a criatividade, o ambiente do desastre e a tomada correta de decisões, podendo o processo de ensino-aprendizagem responder o complexo do imprevisto (SILVA; SENA, 2006). Ainda que o NEP/NEU não exista oficialmente no organograma institucional, deve ser organizado como espaço de formulação e de desenvolvimento para suas atividades à luz das recomendações emanadas do Ministério da Saúde e legislação vigente (BRASIL, 2002).

O investimento em educação contribui para visibilidade e valorização do trabalho profissional do SAMU e do setor de saúde. Autores como Luchtemberg e Pires (2016) apontam que a capacitação da equipe do SAMU contribui para reduzir óbitos; custos sociais causados pelo aumento do tempo de internação, em função de iatrogenias e danos causados por imperícia e imprudência.

7.1.8 Avaliação dos recursos materiais

Durante a observação sistemática nas USAs e USBs, os profissionais mencionaram a disponibilidade de alguns medicamentos e materiais na USA, e que não são exigidos pela portaria GM/MS nº 2048 (BRASIL, 2002), a exemplo de: adenosina, flumazenil, Metildopa 500 mg, Morfina 10 mg/MGSo₄ 50% - Sulfato de Magnésio; Noradrenalina 8 mg/4ml, Prometazina, Cloridrato Clonidina 0,100 mg; Clorpromazina 5 mg/ml; Dexametasona 4 mg/ml; Diazepan 10 mg, comprimido e injetável; Cloridrato de Tramadol 50 mg/m. Foram implantados materiais e recursos novos no SAMU Regional Bauru, como: *kit* de curativos para queimados; *kit* farmacológico; trombolítico para Infarto. As USAs possuem Eletrocardiograma do celular pelo InCor®, e pactuado fluxo com o hospital; realização de tomografia de crânio; trombolítico para Acidente Vascular Cerebral; Prancha auto Pulse; Cinto Aranha; agulha de punção intraóssea; e mais de uma opção para manutenção de vias aéreas, como: máscara laríngea e tubo infraglóteo.

Também estavam disponíveis alguns medicamentos nas USBs, conforme protocolo interno do serviço: brometo de ipratróprio; bromoprida; butilbrometo de escopolamina simples e composto; prometazina; diclofenaco sódico; dipirona sódica; glicose 50% injetável; hidrocortisona; dinitrato de isossorbitol (isordil); Capoten 25 mg, Losartana de 50 mg e ASS 100 mg. Profissionais das USBs apontaram a presença de lanterna ocular, oxímetro portátil, e detector fetal, que não são exigidos pela portaria, mas que são muito importantes para o atendimento.

Foram apontados como deficitário pela equipe de condutores: a manutenção preventiva das viaturas, como troca programada de pastilha de freio, pneus e faróis; e alguns consertos de funilaria e estofados. A disponibilidade dos recursos materiais e a conservação mecânica da viatura proporcionam maior segurança ao processo de atendimento, como mostra um estudo realizado com 103 serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgência, na Holanda (EBBEN et al., 2017). Os profissionais relataram a existência de protocolos de descarte e segregação de resíduos hospitalares na base da CRU e nos Hospitais, Santa Casa, Pronto Socorro e UPAS locais, que são referências para os SAMUs. Foi observada a presença do DEA em todas as viaturas, equipamento considerado importante para o atendimento de parada cardiorrespiratória, mas ressaltaram que algumas vezes ficam sem o equipamento por falta de bateria ou de eletrodos.

Há um *checklist* nas viaturas, que deve ser preenchido, preferencialmente no início do plantão, nos quais são registrados os materiais ou equipamentos faltantes, bem como as suas

condições de uso, além de informações fundamentais para a qualidade e continuidade do atendimento pelas equipes das viaturas. Os diversos itens do *checklist* são de competência respectivas do enfermeiro, condutor ou do auxiliar/técnico de enfermagem. A reposição dos materiais é centralizada no coordenador de enfermagem dos SAMUs, sendo o enfermeiro do plantão, responsável pela organização, controle e reposição dos materiais e equipamentos da USA e USB, e a supervisão indireta do auxiliar/técnico de enfermagem na USB e motolância. Aos condutores cabe a responsabilidade de averiguar o funcionamento e condições de uso da viatura de atendimento; e os níveis do torpedo de oxigênio, efetuando a troca com 25 cm, no máximo. Na viatura USA, no município de Bauru, o condutor é o responsável pelo rodízio das baterias da prancha automática de RCP.

Em relação às viaturas consideradas como recursos materiais dos SAMUs da RRAS 09, estão parcialmente equipadas para cumprir com o estabelecido nos protocolos de atendimento às emergências clínicas e traumáticas de acordo com a Portaria GM/MS nº 2048 (BRASIL, 2002). Foram encontradas não conformidades na USA, do SR2: ausência de caixas de pequena cirurgia; eletrodo de monitor cardíaco que era reutilizado; e falta de equipos para bomba de infusão. Em relação às não conformidades das USBs, foram constatados: ausência de eletrodo para Desfibrilador Externo Automático (DEA); medicamentos vencidos na mochila; e ressuscitador manual desmontado em uma das USB. Considera-se que essas não conformidades podem comprometer a qualidade da assistência.

Nos SR1 e SR3, foi identificada a presença de cinto tirante aranha, que é utilizado em prancha rígida, para fixar o paciente e transportá-lo com segurança; e é item essencial no resgate e transporte de vítimas em locais de difícil acesso. Já em uma USA do SR1 foi observado um equipamento de alta tecnologia, denominado de prancha “*auto pulse*”®, que oferece um padrão de massagem cardíaca de alta qualidade, o que proporciona à equipe executar outros procedimentos concomitantes durante o atendimento de urgência, como identificação de acesso venoso, instalar monitoramento por equipamentos, etc. Em todas as USAs dos SRs existe o sistema de Tele-Eletrocardiografia Digital, que consiste na possibilidade de que o traçado eletrocardiográfico possa ser transmitido para o Hospital do Coração, via internet móvel. Essa tecnologia facilita o posicionamento do quadro cardíaco do paciente, e o direcionamento da vítima para a unidade especializada.

7.1.9 Avaliação dos uniformes das equipes do SAMU

O cumprimento das diretrizes e configurações mínimas estabelecidas pela normativa

vigente para o funcionamento e operacionalização do SAMU 192 é fundamental para que os objetos da política sejam efetivamente alcançados. Dessa forma, é necessário que toda infraestrutura física, operacional e de recursos humanos estejam adequadas aos padrões mínimos exigidos; e que sejam compatíveis com a demanda local, onde o serviço está sendo implementado.

O SAMU 192 traz em seu Protocolo Nacional a relação dos EPIs que o trabalhador deste serviço necessita para exercer suas atividades laborais de forma mais segura (BRASIL, 2014). Os uniformes são padronizados de acordo com a legislação do Ministério da Saúde, em todo território nacional, sendo de uso obrigatório. O uniforme pode ser considerado como o primeiro e mais básico EPI a ser utilizado por todos da equipe, em todas as tarefas laborais desenvolvidas no SAMU. O uso dos EPIs, previstos na NR-32, é indispensável para o exercício do trabalho, especialmente na área da saúde, em que a exposição aos riscos é constante e pode ser minimizada se o trabalhador seguir as devidas medidas de autoproteção e precaução padrão (BRASIL, 2011a).

Em duas bases descentralizada foi observado uniformes em péssimas condições e botas rasgadas, além de uso compartilhado de botas, contrariando a legislação vigente, conforme previsto na portaria. O MS poderá realizar visitas técnicas nas bases para atestar a uniformidade da estrutura física e visual do SAMU 192, a padronização visual dos uniformes das equipes, as condições de funcionamento do serviço, e avaliar o cumprimento do Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. O Manual de Identidade e Padronização Visual do Componente SAMU 192, em seu Capítulo 03 - Uniformes das Equipes, traz que todos os colaboradores do SAMU que fazem parte de Equipes de Intervenção, incluindo Condutores, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos, deverão utilizar os seguintes equipamentos durante os atendimentos:

- ❖ Macacão azul-marinho, no padrão SAMU de mangas compridas (uso obrigatório). Os mesmos devem conter a identificação das funções, bordadas frente e verso;
- ❖ Camiseta branca ou azul de gola redonda, no padrão SAMU; ou, então, camiseta lisa e sem estampa, de gola redonda, na cor azul ou branca;
- ❖ Calçado fechado de cor preta, do tipo bota ou coturno;
- ❖ Jaqueta padrão SAMU;
- ❖ Capa de chuva padrão SAMU;
- ❖ Observar o uso obrigatório de todos os EPIs, para uso imediato em contato com qualquer tipo de situação, e disponíveis em número suficiente dentro das VTRs.

Material de proteção individual (Figura 13) – coletes refletivos – foram os itens

ausentes com frequência, sob alegação de que o macacão possui faixas refletoras.

Figura 13 - Manual de identidade visual

DETA LHE COSTAS:



Fonte: Ministério da Saúde (2012).

7.1.10 Avaliação da intersetorialidade no atendimento

O SAMU é um serviço que faz parte de uma rede de assistência à saúde e, para funcionar adequadamente, depende de outros serviços. Em certas situações, depende até mesmo da colaboração dos próprios usuários, visto que o SAMU é apenas uma parte do processo de assistência aos usuários. No contexto de trabalho no SAMU foi possível verificar que há uma interdependência entre as equipes das ambulâncias com aquelas que atuam na base central; assim como com os trabalhadores que acolherão os pacientes nos hospitais indicados. Também há uma interdependência com outros serviços, como bombeiros, policiais e, inclusive, os próprios usuários, quando possível, devem colaborar nos atendimentos, a fim de possibilitar um adequado funcionamento do SAMU. Por exemplo, em situações de violência/crimes, é necessária a presença da polícia militar, sem a qual a equipe fica, muitas vezes, impossibilitada de realizar o atendimento em segurança. Já em situações de acidentes em rodovias, onde há presos em ferragens, incêndios e riscos que necessitam de equipamentos específicos dos bombeiros, estes precisarão ser acionados pela CRU, assim como a polícia rodoviária. E, em certas situações, será necessária a colaboração dos próprios pacientes ou familiares, atendendo às recomendações da equipe do SAMU.

Para Ortiga (2016), a desarticulação entre os serviços cria situações de envio de veículo sem realização de atendimento, como em situações em que ocorreram óbitos, deslocamento da vítima em carro próprio, e remoção por unidades dos bombeiros. Nas SR2 e

SR3 foi relatada relação conflituosa, na cena de ocorrência, entre o SAMU e o Corpo de Bombeiros, devido, muitas vezes, ao acionamento duplo dessas unidades móveis. Isso gera desperdício de recurso público e dificuldades na organização da rede de atenção às urgências. Uma sugestão é que haja o debate sobre essa articulação e sua resolução a nível dos comitês de gestão da atenção à urgência, previstas em normativas federais (BRASIL, 2012; BRASIL, 2013).

7.1.11 Avaliação dos aspectos normativos do SAMU: protocolos

O aspecto normativo das regras se refere às práticas, do ponto de vista dos direitos e obrigações, e dos modos pelos quais essas práticas podem ser executadas. São ferramentas que reúnem de forma sistematizada os procedimentos imprescindíveis para execução das atividades das equipes de saúde, sendo um instrumento orientador para o desempenho das atividades assistenciais.

Foi constatada a existência do protocolo para USA e USB elaborado pelo MS, em 2016, (BRASIL, 2016) para assistência; e outro manual de normas e rotinas administrativas, elaborado pelos entrevistados, referente às práticas dos direitos e obrigações, e modos pelos quais podem ser executadas. As normas e rotinas auxiliam a execução dos procedimentos assistenciais na área de saúde, além de permitir o conhecimento dos fluxos de encaminhamento estabelecidos. Silvestre (2016) afirma que os protocolos são instrumentos orientadores dos profissionais para o desempenho de suas funções, e padronizam as atividades, contribuindo para a eficiência e a qualidade dos atendimentos prestados.

Todos os municípios apresentaram rotinas e protocolos implantados, e atualização dos documentos normativos, tendo alguns sido revisados e atualizados nos últimos dois anos. Estes manuais não estavam disponíveis na viatura, mas acessíveis aos profissionais por meio de documentos impressos nas bases descentralizadas, internet, *e-mail* e/ou murais. O processo de trabalho na área da saúde é dinâmico e modifica seus métodos constantemente. Assim, é necessário que os instrumentos norteadores das práticas profissionais acompanhem essa evolução, permitindo a escolha da melhor conduta para cada caso.

As principais rotinas do SAMU presentes no manual de rotinas são: passagem de plantão, uso do uniforme, uso de EPIs, rotina de conferência da viatura e limpeza, as quais foram avaliadas, para a análise do indicador “cumprimento de rotinas”. Os uniformes e EPIs são de uso obrigatório. Há *checklist* de instrumento de verificação e controle dos materiais e

medicamentos, com verificação diária desses itens. O seu cumprimento contribuirá para elevar eficiência e a qualidade dos atendimentos prestados.

Os Protocolos Nacionais de Intervenção para o SAMU 192 foram construídos a partir da análise de experiências nacionais e internacionais de desenvolvimento de protocolos, da análise da legislação brasileira que rege o exercício profissional das diferentes categorias envolvidas no cuidado, e sua base fundamental foi composta pela literatura científica mais recente sobre cada tema. Nas centrais, observou-se que existe à disposição dos reguladores, as grades de referências pactuadas pelos municípios e validada nas reuniões da CIB, pelo DRS-VI, descrito os fluxos e protocolos de transferências, mapas rodoviários, agenda de eventos, listas de telefones úteis, planos de catástrofe com múltiplas vítimas e orientação para acionamento de outros serviços.

As informações atualizadas de acesso sobre localização de leitos, leitos de UTI, veículos de transporte e de resgate não estão disponíveis nas centrais CRU. Durante a visita da pesquisadora *in locus*, foi presenciada a comunicação, por telefone, de unidades hospitalares, informando sua impossibilidade de atender novo encaminhamento, em virtude de superlotação, falta de macas, ausência de profissionais e quebra de equipamentos.

O cumprimento das normas e rotinas dos SR1e SR2 estavam adequados. O SR3 realizava, naquele momento, adequações apontadas em uma visita técnica do MS, como a melhoria da acústica da CRU; construção de um ambiente para expurgo; climatização de almoxarifado para guardar materiais e medicação, e elaboração de protocolo de higienização de viatura. Estudo holandês afirmou que a segurança da equipe está diretamente relacionada ao cumprimento de normas, rotinas e protocolos da área de urgência (EBBEN et al., 2014). Conseqüentemente, faz-se necessário que os profissionais as conheçam e as executem no cotidiano de trabalho (LANCINI, 2013).

7.2 Discussão dos resultados qualitativos

A primeira pergunta norteadora gerou três ICs, que se complementam:

- A IC I: evoluiu muito pouco, por falta de investimento, manutenção, recursos materiais, falta de EPIs e comunicação precária;
- A IC II: a população não sabe utilizar o serviço;
- A IC III: a regionalização do SAMU aconteceu no papel. Na realidade, os recursos são escassos e dependem do poder político.

O IC I representa os relatos da experiência dos profissionais acerca das dificuldades e fragilidades que enfrentam à frente da gestão do serviço. Os sentimentos afloram a partir do momento em que o profissional detecta barreiras e/ou dificuldades em seu ambiente de trabalho, principalmente em um serviço cujas prioridades é prestar assistência a pessoas que se encontram em situações de risco de agravo à saúde e até de morte. Os profissionais reconhecem que, embora não tenha evoluído conforme suas expectativas, a regionalização do SAMU trouxe benefícios para os usuários, e representa uma importante porta de entrada do SUS, por receber diversas demandas emergenciais e prestar o atendimento inicial à saúde do usuário. Para os autores O'Dwyer et al. (2017), a implementação da regionalização tem sido muito complexa, bastante desigual entre estados e regiões. Essa desigualdade de implantação do SAMU, no país, demonstra que há investimento financeiro a nível federal, mas são os gestores estaduais e municipais que elegem a prioridade. Aponta também a importância dos gestores estaduais na regionalização.

O serviço é essencial no atendimento primário às urgências de forma resolutiva, eficaz e segura, o que evita a evolução de quadros graves, inclusive aqueles de situações evitáveis, e que poderiam levar ao óbito do paciente. O SAMU tem um importante papel como porta de entrada do SUS, por ter uma vasta demanda nos atendimentos emergenciais da população. Possui abrangência tanto municipal como também regional, a depender do arranjo organizacional de cada Estado. No que concerne aos aspectos relacionados a sua gestão, ela pode se dar na esfera municipal ou estadual, com o financiamento predominantemente feito a partir de incentivos federais, e com a possibilidade de coparticipação das demais esferas de governo (TELES et al., 2017).

Quanto à falta de investimento, segundo Lancini et al. (2013), para o desenvolvimento do processo de trabalho são necessárias condições estruturais e materiais mínimas, além de formas eficientes de gerenciamento com a melhor disposição logística dos recursos, a fim de maximizar o desenvolvimento do trabalho e a obtenção de melhores resultados. Em relação aos recursos materiais, é necessário haver tecnologia de ponta, em quantidade suficiente e adequada à realidade e à necessidade de cada ambiente de trabalho.

Martins e Waclawovsky (2015) constataram que a falta de planejamento, o trabalho em equipe envolvendo diferentes profissionais, a busca pela qualidade do atendimento, a universalidade, o financiamento dos serviços públicos, a equidade, o excesso de burocracia, a descentralização e a falta de participação popular foram os principais problemas encontrados pelos gestores públicos. É de suma importância que os gestores conheçam os problemas que ocorrem durante o exercício da gestão, para que estejam preparados para enfrentá-los, pois,

como se sabe, a falta de planejamento compromete todo o processo de gerência, acarretando ações ou gastos desnecessários. Quanto ao trabalho em equipe composta por diversos profissionais, é preciso gestores atentos, a fim de evitar os conflitos (MARTINS; WACLAWOVSKY, 2015).

As ambulâncias enfrentam situações muito específicas, e são particularmente vulneráveis. Há falta de manutenção preventiva. O fato de haver problemas mecânicos pode comprometer não apenas o conforto da equipe e do paciente que segue doente, mas a segurança de todos que são transportados, geralmente em alta velocidade, utilizando rodovias mal iluminadas e frequentemente com animais na pista. Segundo O'Dwyer et al. (2017), a manutenção das unidades móveis é uma dificuldade decorrente dos contratos de manutenção, geralmente permeados por entraves burocráticos e administrativos da gestão municipal.

A quantidade de EPIs insuficiente ou de má qualidade colocam em risco as equipes durante a realização dos procedimentos. Os EPIs são todos os dispositivos de utilização individual, destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, e que tem o seu uso regulamentado pelo Ministério do Trabalho e Emprego, em sua norma regulamentadora NR nº 6 (Portaria SIT/DSST 194/2010). Uma especificidade desse estudo sobre ausência/deficiência de EPIs, coincide com o período de extrema escassez e dificuldade de adquirir os materiais para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, o que trouxe inúmeros desafios para os enfermeiros, principalmente relacionados ao alto risco de ser infectado pelo vírus, podendo desencadear adoecimento ou até a morte (CARDOSO; SÓRIA; VERNAGLIA, 2021). Além dos riscos pessoais, convive-se com a possibilidade de infectar outros indivíduos; angústia e esgotamento; exposição a mortes e ao sofrimento, por não conseguir salvar vidas, independentemente do esforço; ameaças e ofensas propriamente ditas, executadas por indivíduos que procuram atendimento e não podem ser acolhidos devido aos limites de recursos (SANTOS, 2020).

Dificuldades nos atendimentos das ocorrências foram observadas, em razão dos trabalhadores do SAMU não conseguirem se comunicar com a CRU, o que traz prejuízos para o atendimento. A falha de comunicação é um aspecto negativo para qualquer tipo de trabalho e/ou assuntos profissionais. Em relação ao SAMU, isso se torna muito mais preocupante, pela importância da comunicação no desenvolvimento das atividades de forma eficaz. A linguagem do código Q é adotada para otimizar o processo de comunicação para o atendimento de casos urgentes ou graves, bem como de deslocamentos de pacientes que necessitam de cuidados específicos. Mesmo código se aplica para orientação de quem está na rua, em deslocamento; ou quem está coletando as informações, para serem repassadas aos

integrantes da equipe móvel (STEFANELLI; CARVALHO, 2012). Almeida e Mendes (2020) relatam em seus estudos que o serviço enfrenta desafios na comunicação, principalmente devido a problemas de origem técnica. A falta de cobertura de rede de telefonia em alguns bairros e locais mais distantes da cidade resultava em dificuldades para a central fazer contato com o solicitante, em casos de divergências no endereço informado, para facilitar a chegada da ambulância. Outro grande problema enfrentado foi a dificuldade de comunicação da equipe com a central nestes locais sem cobertura de telefonia, ainda durante a ocorrência, podendo comprometer a assistência. É da CRU que vêm as orientações e a conduta médica, o apoio da USA, e direcionamento para unidade de saúde.

Outras dificuldades foram relacionadas pelos enfermeiros, conforme se segue: a falta de planejamento, investimento, inovação tecnológica, o que leva à desmotivação do profissional por não perceber as melhorias, ou pela lentidão para se concretizar os projetos no sistema de saúde. Dessa forma, estar insatisfeito com a sobrecarga de trabalho e suas condições precárias ocasionam, muitas vezes, a exaustão física e mental, influenciando na produtividade, desempenho, absenteísmo, rotatividade, cidadania organizacional, saúde e bem-estar, satisfação na vida e satisfação dos usuários (OLIVEIRA et al., 2019). Motivação sempre foi um tema de grande importância para estudiosos desde a existência do homem até os dias de hoje. Um ser motivado tem mais condição de realizar diversas tarefas, sejam elas corriqueiras ou excepcionais. Quando falta motivação, o rendimento é afetado (WILLIAM et al., 2016). Para Vasconcelos et al. (2015) a desmotivação surge quando algo começa a incomodar o profissional, e a constância desse incômodo acaba exercendo influência sobre o seu rendimento, desanimando-o e o tornando improdutivo. As insatisfações variam de acordo com cada indivíduo, apresentando intensidades diferentes, mas normalmente são oriundas de divergências pessoais ou profissionais. Entre as principais causas da desmotivação estão: salário insatisfatório, local inadequado de trabalho, falta de reconhecimento profissional, demanda de trabalho maior que a estipulada, falta de organização, e comunicação ineficiente com os funcionários.

O IC II do DSC representa o desconhecimento da população sobre a real função do SAMU e, por esta razão, aciona o serviço sem necessidade, o que dificulta o serviço e gera um nível de estresse na equipe. A solicitação de uma viatura de urgência e emergência a eventos desnecessários é muito comum e repercute de forma direta na qualidade e na agilidade do atendimento. A partir dessa IC, foi identificada a falta de conhecimento da população quanto ao funcionamento do SAMU, levando a agressões verbais e reclamações sobre a demora no atendimento. O desconhecimento da população pode ser atribuído ao fato

de não buscarem novos conhecimentos, pela falta de esclarecimento sobre o serviço de saúde que utilizam, buscando os serviços que mais lhe ofereçam vantagens ou comodidade. Segundo Araújo, Velloso e Alves (2017), os profissionais entendem que se o SAMU não funciona como deveria devido à falta de compreensão dos usuários, ignora-se o fato de que, ao se constituir como rede, o sistema de saúde precisa ser analisado em uma perspectiva mais ampliada, considerando-se os vários pontos micro e macropolíticos dessa rede. A procura pelo atendimento à urgência e emergência pode ser por falta de opção.

Outro ponto bastante apresentado, principalmente pelos enfermeiros de municípios maiores, é em relação ao deslocamento da viatura no trânsito. Os motoristas não colaboram, abrindo caminho, o que prejudica o tempo-resposta. Além de demonstração de cidadania, dar passagem a essas viaturas significa também respeito ao Código de Trânsito Brasileiro (CTB). O desrespeito resulta em infração gravíssima, com multa de R\$ 293,47, e sete pontos na Carteira Nacional de Habilitação (DETRAN). O tempo-resposta é crucial, e importantíssimo para o desfecho de qualquer ocorrência. Ou seja, quanto mais rápido for dado o atendimento, melhor e mais salutar será o desfecho e o desdobramento de toda ocorrência. Para isso, é fundamental que as viaturas e ambulâncias tenham o acesso facilitado durante o deslocamento pelo trânsito (MOREIRA, 2009). O tempo-resposta das equipes do SAMU é o tempo transcorrido desde o momento da recepção do chamado na CRU até a chegada da equipe ao local da ocorrência. O tempo médio de transporte se refere à média do tempo de transporte do cenário da ocorrência até o hospital de referência. Esses tempos são indicadores de qualidade do serviço. Para o *Committee on Trauma of Surgeons*, dos Estados Unidos da América, o tempo ideal para o atendimento e realização de procedimentos em pacientes vítimas de traumas é de 20 minutos (CICONET, 2015).

Dessa forma, foi considerado o tempo-resposta como um dos fatores que influenciarão diretamente na qualidade do atendimento, e nas chances de sobrevivência e minimização de possibilidades de sequelas, sobretudo das vítimas de agravos violentos e relacionados ao sistema cardiovascular. A regulamentação americana para os serviços médicos de urgência estabelece que 95% das solicitações em área urbana devam ser atendidas em no máximo 10 minutos, período estendido para 30 minutos, no caso de áreas rurais (TAKEDA; WIDMER; MORABITO, 2001). Desse modo, Arruda (2015) relata que o CTB informa que, quando os dispositivos de alarme e som estiverem acionados, indicando a aproximação de um veículo de emergência, os condutores deverão deixar livre a passagem pela faixa da esquerda, indo para a direita da via, e parando. No entanto, os condutores socorristas precisam estar atentos com os motoristas e motociclistas, que aproveitam quando a ambulância consegue negociar a

ultrapassagem, para avançar no vácuo, principalmente nos cruzamentos com semáforo, colocando em risco a própria vida. A literatura aponta que, além dos riscos relacionados à área da saúde, os profissionais do APH estão expostos aos acidentes oriundos do trânsito, seja atendendo em via pública ou enquanto tripulante de uma unidade móvel, que se desloca com brevidade, susceptíveis a colisão, capotamento, tombamento, etc. (LÚCIO; GUSMÃO; TORRES, 2013; ALMEIDA et al., 2016).

Os entrevistados vivenciam dificuldades em seu processo laboral relativo aos locais inapropriados em que prestam atendimento aos pacientes. Durante o atendimento, a população filma, tira foto, expõe a equipe e o paciente. A facilidade de acesso à informação por esses meios é muito maior do que em tempos anteriores, mas é preciso saber até que ponto tal facilitação é benéfica. Mais do que isso, apesar de a liberdade de expressão ser uma garantia constitucional, é necessário saber até onde vai o limite para a disseminação de determinados conteúdos. Esse é um problema vivenciado diariamente pelos profissionais do serviço de APH móvel. No local da ocorrência, curiosos acabam interferindo no trabalho, fotografando e filmando as vítimas, sem importar com sua dignidade e impossibilidade de escolha diante da atitude alheia. O agravante é que, quanto mais chocante a situação, mais essas imagens são exploradas. Além de infringir o código de trânsito, filmar, fotografar e compartilhar fotos e vídeos de acidentes que envolvem vítimas fatais é considerado crime, segundo o Código Penal, que caracteriza o ato como vilipêndio de cadáver, e quem o comete pode responder a uma ação penal.

Alguns entrevistados apontam no Quadro 19 (IC III, DSC 3), terem a sensação de que a regionalização aconteceu apenas no papel. Contudo, a implementação da regionalização tem sido complexa, em virtude da insuficiência no financiamento; a problemas na gestão do trabalho; constrangimentos na oferta de serviços; e aos tempos de espera para atendimento (SANTOS; GIOVANELLA, 2014; CARDOSO et al., 2017). A regionalização da saúde, com objetivo de garantir os princípios do SUS, depende de políticas. Essa disposição é afetada não somente pela configuração partidária dos governos subnacionais que compõem a região, mas também pela capacidade técnica dos gestores e das burocracias técnica e política locais para analisar sua situação financeira e definir o melhor arranjo regional para o financiamento das inovações. Vale lembrar que isso requer igualmente ampla interlocução com os demais setores governamentais de cada ente, e o acompanhamento permanente de governadores e prefeitos (RIBEIRO et al., 2017). Soma-se a esses aspectos sentido pelos entrevistados, toda a complexidade inerente ao desenho federativo brasileiro, que exige alto grau de compartilhamento entre os entes federativos, na oferta das ações e serviços para as regiões

(RIBEIRO et al., 2017). É preciso destacar que algumas regiões do país iniciaram o processo de regionalização mais tardiamente, portanto, ainda enfrentam a fragmentação do sistema de saúde, provocada pela descentralização municipal.

No Quadro 20 - Quadro I, IC I, DSC 1, segunda temática norteadora “As fragilidades que mais impactam na atuação adequada do SAMU” são: IC I – falta de gestão, supervisão; desconhecimento de gerenciamento; falta de capacitações nos serviços de urgência/emergência e de novos colaboradores, em especial os médicos reguladores; dificuldade em trabalhar em equipe e a alienação profissional. A supervisão é atividade importante e requisito primordial para todos os serviços de saúde, incluindo o APH móvel. “A supervisão é um aspecto administrativo utilizado como força motivadora de integração e coordenação dos recursos humanos e materiais, que contribui para tornar possível a realização de um programa de trabalho de forma eficiente, com vistas a alcançar os objetivos da organização” (BERNARDES et al., 2009). Assim sendo, o enfermeiro deve compreender o quanto complexo e importante é seu papel de supervisor em uma equipe de Atendimento Pré-Hospitalar Móvel. E deve entender que suas atividades abrangem, além da busca pela qualificação, o reconhecimento da importância da supervisão de enfermagem (BERNARDES et al., 2009).

A Portaria nº 2.048, de 2002, que aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência no Brasil, descreve que ao Responsável de Enfermagem cabe a responsabilidade pelas atividades de enfermagem (BRASIL, 2002). O Enfermeiro Assistencial ficará responsável pelo atendimento de enfermagem, necessário para a reanimação e estabilização do paciente no local do evento e durante o transporte. A portaria também define que os auxiliares e técnicos de enfermagem deverão atuar sob supervisão imediata do profissional enfermeiro. Estabelece, ainda, que aos enfermeiros cabem as competências/atribuições correspondentes ao estabelecido na Lei do Exercício Profissional nº 7498 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986).

A equipe de saúde que tripula uma ambulância deve estar preparada para atuar em casos clínicos agudos, bem como traumas que envolvem impactos e troca de energia. A partir do momento em que o profissional chega ao local do acidente, todos os esforços contra o tempo seguem em função de um objetivo que parece simples: estabilizar o paciente, dando ao organismo condições de compensar os danos até que o tratamento definitivo seja estabelecido. Dessa forma, é fundamental que se abasteçam de conhecimentos baseados na literatura especializada e nas melhores práticas, respaldadas por rigor científico (ALMEIDA et al., 2016).

Os processos de trabalho de uma UBS são complexos, altamente intangíveis, envolvendo equipes multiprofissionais, com um escopo de ações que vai desde a promoção à saúde até a reabilitação de pacientes. A demanda costuma ser diversificada e não programada. Para gerir um serviço, são necessários referenciais que vão além da especificidade de formação, como as questões que envolvem possibilidades de gerir pessoas, interesses, conflitos, disponibilidade, dedicação e outros aspectos que não são adquiridos de acordo com a categoria profissional daquele que assume as ações gerenciais, mas na formação e no preparo generalista, além de contar com a experiência de campo (LOCH, 2019). É constatada, também, a incapacidade de municípios pequenos estabelecerem e gerenciarem seus sistemas de atendimento. Muitos pesquisadores e especialistas na área têm se debruçado sobre o tema, a fim de verificar os principais gargalos do sistema, e há certa unanimidade em relação a dois aspectos: o sistema é mau gerenciado e o financiamento é insuficiente (LOCH, 2019). Como o município é responsável pela atenção básica, que pode resolver cerca de 85% dos problemas de saúde, as deficiências nesse nível podem comprometer massivamente a qualidade da saúde da população (LOCH, 2019).

A ausência de capacitação e treinamentos trazem prejuízos à prática do enfermeiro relacionada às necessidades da vítima, demarcação de prioridades, início do processo de intervenção e reavaliação do estado geral para transportar a vítima para o tratamento no centro de referência. Esses conhecimentos requerem estudo contínuo para a capacitação das intervenções. Por isso, é primordial prosseguir com a educação permanente e atualizações, uma vez que a falta de formação profissional dos trabalhadores das urgências resulta no comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor relacionado com o APH. A Portaria nº 2048 do Ministério da Saúde, de 05 de novembro de 2002, a qual regulamenta o atendimento das urgências e emergências, define que os Enfermeiros do APH são responsáveis pelo atendimento de Enfermagem necessário para a reanimação e estabilização do paciente, no local do evento e durante o transporte. A prática efetiva da capacitação é considerada imprescindível, pois habilita o enfermeiro socorrista para enfrentar com coerência, rapidez e segurança a diversidade de situações de trauma, colocando em prática o que aprendeu com a teoria.

Quanto à alienação, um dos principais desafios citados foi a relação interpessoal com os demais membros da equipe, pois existe uma disputa por poder e comando, o que acarreta estresse psicológico e físico. Reclamações da população por eventuais não atendimentos também foram citados como um aspecto que gera desconforto aos profissionais. E, como desafio, tem-se a conscientização da população, em conhecer e compreender as prioridades de

atendimentos do SAMU. Outros desafios foram citados, como a sobrecarga de trabalho, medo, tensão, falta de conhecimento da população sobre as atribuições do serviço, além do desgaste físico e emocional.

Na visão dos entrevistados, Quadro 21 (IC II, DSC 2), quanto às potencialidades da regionalização do serviço, apesar de toda dificuldade, a regionalização foi benéfica para usuários e para os municípios de pequeno porte. Estudos semelhantes fazem referência às novas maneiras de prestar assistência. A regionalização é citada como uma das soluções para a redução das grandes desigualdades internas do país (RIBEIRO et al., 2017). Do ponto de vista conceitual, a regionalização é compreendida como um processo técnico-político condicionado pela capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde. E, também, pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas, privadas e cidadãos, em diferentes espaços geográficos (LIMA et al., 2012b). Nas opiniões dos enfermeiros, a regionalização foi uma das potencialidades para garantir mais acesso e qualidade. Porém, para Reis et al. (2017), a simples existência dos espaços regionais de gestão não garante um processo vivo e potente. Outros autores também apontam dificuldades para implementação das redes, e atribuem falta de decisão políticas e falta de coordenação gestora. Também observaram a insuficiência de instrumentos políticos e arranjos de coordenação desenvolvidos para implementação da RUE na região metropolitana de São Paulo. Avanços têm acontecido, e as dificuldades precisam ser superadas, assim como aprimoramentos são necessários para se engendrar novos arranjos de gestão e práticas assistenciais (JORGE et al., 2014; PADILHA et al., 2018).

No contexto das RAS, a Linha do Cuidado (LC) define a organização dos serviços e as ações que devem ser desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário), e nos sistemas de apoio, podendo utilizar de vários tipos de estratificação (clínica, de risco, entre outras) para definir estas ações. A LC não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços dos quais necessita. A LC estabelece um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, estabelecendo fluxos de referência e contrarreferência, para assistir o usuário com excesso de peso e obesidade no SUS (BRASIL, 2014).

Para os enfermeiros, o Quadro 21 (IC II, DSC 2) mostra as potencialidades de acesso aos serviços, no vínculo e a continuidade do cuidado integral e a implantação das linhas de cuidados, alguns avanços percebidos com a regionalização do SAMU. Isso foi acompanhado

de melhora na estruturação das redes; da implantação da atenção domiciliar; e da classificação de risco. A cultura da classificação foi adotada pelos municípios nos serviços: “O IAM, AVC e o Trauma avançou por trabalhar a prevenção, a promoção, o tempo oportuno, o trombolítico”. O estudo foi realizado no principal componente da RUE, lógica da atenção às urgências e às emergências suscetíveis a receber os mais variados casos, desde os mais simples, até os mais complexos (MENDES, 2011).

As RUEs surgem em consonância com as redes de atenção à saúde, priorizando a estruturação das linhas de cuidados cardiovascular, cerebrovascular e traumatologia com objetivo de reduzir danos e óbitos, além de aumentar a sobrevivência dos pacientes. O SAMU é o centro da rede de urgência e busca, como efeito imediato, a agilidade, a adequabilidade do atendimento e a integração da rede de serviços (BRASIL, 2011a). Deve ser a garantia do acolhimento de casos agudos ou crônicos agudizados. Independentemente do local de atendimento, os profissionais de saúde devem estar preparados para reconhecer, por meio da avaliação dos sinais e sintomas de cada faixa etária, os sinais de gravidade, através da classificação de risco, que possibilita o reconhecimento rápido de instabilidade fisiológica. As funções vitais devem ser sustentadas até que se defina o diagnóstico específico e que o tratamento apropriado seja instituído para corrigir o problema (MELO; SILVA, 2011).

No IC I, DSC 1, sobre a terceira pergunta norteadora, “Quais são os principais problemas e desafios que os gestores enfrentam no processo de gestão em saúde”, emergiram três ICs: governança limitada; gerir sem interferência política; e os problemas de gestão. Como podemos observar, além de diversificados, são crescentes os desafios. A saúde enfrenta uma série de problemas e precisa romper obstáculos diariamente. E, constantemente, adequar os processos dentro de uma instituição, de acordo com novas resoluções e, principalmente nos períodos de transição governamental, em que a saúde ocupa um lugar de destaque no cenário político.

Segundo Pessoa et al. (2020), gerir com qualidade significa ter, acima de tudo, conhecimento e flexibilidade, uma vez que se deve acompanhar não somente as doenças ou agravos à saúde, mas também saber lidar com o gerenciamento de pessoas, tanto usuários quanto profissionais. Gerir não significa apenas ser o chefe ou administrador de um órgão. Gestão em saúde se mostra um desafio, exige dos gestores conhecimento e experiência para enfrentar as dificuldades. O gerenciamento de recursos humanos historicamente vem passando por transformações em seus métodos, políticas e técnicas, que podem proporcionar melhorias no ambiente e nos processos de trabalho e na qualidade do serviço prestado (PESSOA et al., 2020). Para alcançar resultados benéficos, é necessário o aprimoramento

técnico da equipe e o financiamento na área. Observa-se que os municípios possuem grandes responsabilidades em relação aos atendimentos em seu território, porém não recebem recursos suficientes para tal consecução.

A falta de padronização de um processo de trabalho é um enorme desafio na gestão em saúde pública. A padronização e os protocolos dos procedimentos e ações são imprescindíveis para determinar a qualidade, eficiência e eficácia das operações que devem seguir os critérios técnicos e obedecer às normas e legislação relacionadas a cada setor ou atividade. Pessoa et al. (2020) afirmam que a descrição e a oficialização de técnicas e processos de trabalho têm muitas vantagens, como facilitar a supervisão dos procedimentos e a educação permanente da equipe, configurando-se como uma ferramenta na busca da qualidade assistencial e administrativa. Segundo Oliveira et al. (2019), ainda contribui para criar um ambiente mais eficaz e consistente.

O gasto público com saúde no Brasil aumentou nas últimas décadas, principalmente em decorrência da Emenda Constitucional nº 29/2000. Mas o crescimento verificado foi insuficiente para atender aos requisitos legais do sistema público universal (PIOLA et al., 2013). Mais recentemente, as medidas de ajuste fiscal embutidas na Emenda Constitucional nº 95/2016 podem tornar a situação mais dramática, por congelar a despesa pública por vinte anos (VIEIRA; MUSSI, 2008). Não há como separar as dificuldades de gestão da saúde pública com o seu financiamento, pois em grande parte, eles são causa e consequência. O SUS tem um caráter de descentralização, o que visa dar mais autonomia aos entes federados. O grande problema é que se descentralizou a gestão, mas os recursos não foram descentralizados de maneira proporcional. Estados e municípios frequentemente possuem grandes responsabilidades em relação aos atendimentos em seu território, no entanto, não recebem recursos suficientes para tais demandas.

Nesse cenário, maiores gastos públicos com saúde dependerão de maior espaço em um orçamento público limitado em seu crescimento. É possível argumentar que, ao menos parte do problema do subfinanciamento do SUS poderia ser resolvido, segundo Vieira e Mussi (2008), mediante a aplicação de medidas de aumento da eficiência na prestação de serviços. Não há dúvidas de que é preciso melhorar o desempenho do sistema de saúde e otimizar o uso dos recursos disponíveis, mas estes não serão suficientes para enfrentar o problema de subfinanciamento no SUS. Para os entrevistados, a política de articulação entre os serviços de saúde requer planejamento e avaliação contínua. O gestor municipal deve ser capaz de gerir de forma eficiente as políticas públicas locais, já que integrar as diferentes etapas de atenção e otimizar a aplicação dos recursos tem sido desafiador. Apesar disso, muitos avanços no

processo de regionalização foram alcançados, sendo as pactuações na Comissão Intergestores Regionais (CIR), um outro ponto de avanço da regionalização.

Do DSC que aponta a quarta pergunta norteadora (Quadro 21) foram obtidas duas ICs: as dificuldades de manter a pactuação e gerir os conflitos entre os profissionais das instituições, e as dificuldades de pequenos municípios. Para os participantes do estudo, a política de articulação entre os serviços de saúde requer planejamento e avaliação contínua do gestor municipal. Este, por sua vez, deve ser capaz, a fim de gerir de forma eficiente as políticas públicas locais. O SAMU é visto pelos gestores e profissionais como uma iniciativa bem-vinda, pois consegue agregar mais recurso e garantir maior cobertura, ganho de espaço político e de financiamento. Este novo cenário exigiu repactuações e articulações, muitas vezes, colaborativas; outras, conflituosas. Por isso, é requerido contínuo planejamento e avaliação do cumprimento das atribuições entre as instituições, o que frequentemente tem gerado descontinuidade e pouca troca de informações entre as equipes.

A utilização ampla e generalizada da expressão “governança” tem sido feita sem cuidado com sua definição precisa. A expressão “*governance*” surge a partir de reflexões conduzidas principalmente pelo Banco Mundial, “tendo em vista aprofundar o conhecimento das condições que garantem um Estado eficiente” (DINIZ, 1995, p. 400). A capacidade governativa não seria avaliada apenas pelos resultados das políticas governamentais, mas também pela forma pela qual o governo exerce o seu poder. Báscolo (2010) define governança como os diversos modos em que o nível de poder e autoridade são exercidos, relacionando sistemas formais e informais, públicos e privados que regulamentam as políticas de saúde. Para o autor, os mecanismos de regulação são característicos dos sistemas de governança. A conformação de redes de atenção à saúde e a estruturação da regulação em saúde foram importantes focos da política de saúde, sobretudo na política nacional de atenção às urgências, motivada pelo desafio da falta de acesso aos serviços e perda da continuidade da assistência no SUS.

Com o intuito de minimizar a ocorrência destes problemas, surge a portaria 2.048/2002 do MS, que regulamenta o funcionamento das urgências no SUS e estabelece princípios e diretrizes, normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços, regulação médica de urgências e emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte e, ainda, a criação de núcleos de educação em urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área (BRASIL, 2002). As CRUs devem ser o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, nos níveis estadual, regional

e/ou municipal, e organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes. Além disso, geram uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados (BRASIL, 2002).

O SAMU necessita de efetiva integração com os serviços de resgate e salvamento, o que vem ocorrendo de forma desigual entre as centrais. A central de regulação faz gravação do atendimento, guarda de prontuário, controle de tempo na ligação e no total de regulação, além de garantir a confidencialidade (ORTIGA, 2014). Para Vieira (2010) e O'dwyer e Mattos (2013) situação semelhante foi identificada em outros SAMUs, como a falta de integração do SAMU com outros sistemas; a fragmentação e a pulverização da informação constituem fatores restritivos para a regulação, dificultando o acesso às condições das unidades de referência, leitos de UTI, leitos de internação etc. Um dos produtos da regulação é a produção de informação regular para a melhoria do sistema, e essa informação deve estar disponível e estruturada para a gestão da assistência.

Em relação aos sistemas de informação oficiais do Ministério da Saúde, um levantamento para identificar e analisar os sistemas de informação em saúde que oferecem apoio ao Ministério da Saúde foi realizado. O CNES é um desses sistemas que foram implementados nos primórdios do SUS, e que está em pleno funcionamento, pois tem a função e descrição dos cadastros dos estabelecimentos em saúde brasileiro (COELHO NETO; ANDREAZZA; CHIORO, 2021). Cabe refletir, nesse cenário, sobre a capacidade de geração e armazenamento de dados oriundos dos processos de trabalhos dos SAMUs à nível nacional e uma possível articulação e integração de sistemas de informação com os centros de referências e contrarreferência do SUS. Para isso, um grande investimento nessa área da tecnologia de informação exigiria financiamento federal, além de esforços estaduais e municipais para promover a intra-operabilidade e interoperabilidade dos sistemas. Os benefícios dessa integração poderiam ser alcançados a partir dos aspectos relacionados aos encaminhamentos de pacientes, distribuição de leitos, resolutividade, transferências e transportes, altas, etc. Outra reflexão acerca de integração dos SAMUs está relacionada aos processos de trabalho dos bombeiros, em todos os níveis: municipal, estadual e federal.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SAMU se consolida como serviço do componente móvel da RUE devido à agilidade e eficácia nos atendimentos de acidentes de trânsito, estabilização das vítimas no local e o transporte intra-Hospitalar, organizando o fluxo proposto pela PNAU. As limitações e dificuldades no desempenho das funções podem ser relacionadas à falta de recursos humanos e materiais, e à falta de capacitação permanente dos profissionais. Os riscos laborais inerentes estão associados a acidente de trabalho, risco ergonômico, estresse ocupacional, prejuízo no deslocamento das viaturas, devido à falta de investimentos na melhoria do trânsito e condições de ruas e avenidas das cidades. O vínculo dos gestores, muitas vezes, está relacionado à indicação política, o que caracteriza uma relação de instabilidade e alta rotatividade, que influencia no desempenho dessa função. O ideal seria que os cargos de coordenação e gestão não estivessem atrelados à política partidária, mas ao mérito do conhecimento sobre a gestão dos serviços público de saúde, e prática profissional balizada pela atualização em urgências e emergências.

A partir deste estudo, foram identificados apontamentos relativos à organização do atendimento; demanda não pertinente ao serviço; falta de promoção da educação, para que a população conheça o que realmente é competência do SAMU, dentre outros aspectos que condizem com as perspectivas gerenciais. Em relação às ferramentas de gestão, o SAMU possui registros e armazenamento de dados das solicitações através do E-SUS. Há grande referência e contrarreferência no contexto do SAMU; escalas de trabalho; mapas geográficos dos municípios sede e da região. Há necessidade de discussão sobre o processo de trabalho no âmbito da gestão e das redes de atenção à saúde e financiamento para saúde. Com relação a experiências acumuladas em gestão, observamos que é relativamente pequena na área de serviços de urgência e na gestão do SAMU.

Constituiu-se conteúdo das falas dos participantes, a caracterização da falta de planejamento e de conhecimento dos gestores para implementar melhorias dos serviços ofertados à população; baixo investimento no profissional; rede de referência e contrarreferência insuficiente, não resolutiva e com integração prejudicada; e certa morosidade por parte do setor público em relação às respostas às reais demandas da comunidade. Alguns aspectos da gestão dos SAMUs sofrem de maneira geral: a falta de continuidade gerencial, devido à ruptura política dos mandatos eleitorais de gestores e cargos de confiança; a estagnação das normas; o não aprimoramento dos processos de trabalhos; desatualizações dos protocolos operacionais; descontinuidade das capacitações e dos

treinamentos em serviço. A busca incessante dos profissionais da APH por aprimoramento e especialização, com atualização baseada em evidências científicas, é um grande desafio da gestão da APH. Os momentos atuais exigem também cuidado no apoio psicológico e emocional aos profissionais, pois trabalham com intensidade e sob fontes estressoras, como a falta de leitos, a disseminação de viroses gripais, adoecimento dos colegas, enfrentamento da população, etc.

Manter a equipe atualizada e capacitada para os atendimentos de qualidade deve ser prioridade, além da manutenção da motivação profissional, para melhor atuação do serviço em rede e, conseqüentemente, o alcance de melhores resultados para a população brasileira. O presente estudo mostrou uma relevante e rica abordagem quanto ao cotidiano de trabalho do enfermeiro no SAMU, e também possibilitou o reconhecimento da importância desse profissional na gestão desse serviço de urgência e emergência. Foi possível observar que não há integração dos serviços de atendimento móvel com outros sistemas, o que dificulta o acesso às unidades de referência, aos leitos de internação geral e especializada, como em terapia intensiva. Os serviços de atendimento móvel estão restritos às ações de operacionalização do atendimento pré-hospitalar, à decisão pelo despacho de ambulâncias, ao suporte técnico às equipes assistenciais e à decisão de destino do paciente, conforme pactuação. As unidades pactuadas apresentam resistência para o recebimento de pacientes, devido a problemas estruturais que a rede de serviços apresenta, e não pela desconsideração da regulação. Cabe ressaltar que a temática trazida por este estudo não se esgota nele, tendo aqui se limitado à avaliação da estrutura dos serviços móveis de urgência. Por isso, novas pesquisas de avaliação de processos e resultados para verificação da qualidade desses serviços de saúde devem ser conduzidas.

Referências

REFERÊNCIAS

Almeida ECB, Mendes ACB. A tecnologia da informação aplicada à saúde: os impactos na unidade SAMU-Betim. *Revista MultiAtual* 2020;1(4).

Almeida PMV, Dell'Acqua MCQ, Cyrino CMS, Juliani CMCM, Palhares VC, Pavelqueires S. Análise dos atendimentos do SAMU 192: componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências [Internet]. *Esc. Anna Nery* 2016. [citado 2021 nov 20];20(2):289-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/jqr8vfFBg7S6CgcvxjGW6tv/?format=pdf&lang=pt>

Alves M, Rocha TB, Ribeiro HCTC, Gomes GG, Brito MJM. Particularidades do trabalho do enfermeiro no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Texto contexto - enferm.* 2013;22(1):208-15. doi: 10.1590/S0104-07072013000100025

Andrade AFSM, Teles WS, Silva MC, Torres RC, Barros AMMS, Hora AB et al. Potencialidades e fragilidades da política nacional de humanização nos serviços de urgência e emergência sob a perspectiva da enfermagem [Internet]. *Res, Soc and Develop* 2021. [citado 2021 nov 20];10(13): e346101321536. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/21536/19001/258227>. doi: 10.33448/rsd-v10i13.21536

Araújo MT, Velloso ISC, Alves M. Práticas cotidianas dos profissionais no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). *REME* 2017; 21:e1042.

Arruda J. Ambulâncias do SAMU enfrentam dificuldade de circulação no trânsito de Montes Claros. *Montes Claros: Rede urgência e emergência*; 2015.

Barros AG, Estrela FR, Batista LP, Carmo AFS; Emidio SCD. Prehospital care: the nurses conduct front of a cardiopulmonary arrest. *Rev. enferm. UFPE on line* 2011; 5(4):933-938.

Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados em Atención Primaria de Salud. *Rev. Salud Pública* 2010;(12):suplemento:08-27.

Bernardes A, Ramos BM, Junior JB, Paiva PN. Supervisão do enfermeiro no atendimento pré-hospitalar móvel: visão dos auxiliares de enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde.* 2009;8(1):79-85.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.125, de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [citado 2022 jan 7]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3125_07_12_2006.html#:~:text=Art.,Par%C3%A1grafo%20C3%BAnico.

Brasil. Ministério da Saúde. Governo Federal. Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona [Internet]. 2020 [citado 2021 Dez. 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. Brasília: Ministério da Saúde; 2003b. 228 p.

Brasil. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controle Secretaria Federal de Controle Interno. Relatório de avaliação da execução de programa de governo nº 61 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 [Internet]. 2016 [citado 2021 Dez. 10]. Disponível em: <https://eaud.cgu.gov.br/relatorios/download/8831.pdf>.

Brasil. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a [citado 2022 jan 7]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a [citado 2022 jan 7]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Diário Oficial da União; 2003a. [citado 2022 jan 7]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2002 [citado 2022 jan 7]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.970, de 8 de dezembro de 2008. (Revogada pela PRT GM/MS nº 2.026 de 24.08.2011). (Revogada pela PRT GM/MS nº 2.301 de 29.09.2011).

Brasil. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Proposta de documento. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS; 2010a. 39 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

seres humanos e revoga as Resoluções CNS nos. 196/96, 303/2000 e 404/2008 [Internet]. 2012b [citado em 2022 Jan. 07]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013. 84 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 160 p.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União 28 abr 2004a. [citado 2022 Jan. 07]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5055.htm

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.186, de 27 de maio de 2010. Regulamenta os arts. 298 a 307 da Lei no 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do Adicional por Plantão Hospitalar - APH [Internet]. 2010b [citado 2022 Jan. 07]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7186.htm

Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. 2011b [citado 2022 Jan. 07]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%207.508%2C%20DE%2028,interfederativa%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A2ncias.

Brasil. Presidência da República. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 20 set. 1990a; 1(182):1.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 28 dez. 1990b.

Bueno AA, Bernardes A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2010;19(1): 45-53. doi: 10.1590/S0104-07072010000100005

Cardoso FS, Sória DAC, Vernaglia TVC. O uso do equipamento de proteção individual em tempos de COVID-19: uma revisão da literatura. *Research, Society and Development* 2021;10(2):e55510212772. doi: 10.33448/rsd-v10i2.12772.

Cardoso MC, Mattos A, Santos A, Carneiro T. Processo de regionalização da saúde: perspectivas históricas, avanços e desafios. *Enfermagem Revista* [Internet]. 2017 [citado em

12 jan 2022];20(1):38-54. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/502/1022>

Carreno I, Veleda CN, Moreschi C. Características da equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul. *Rev. Min Enferm. Reme* 2015;19(1):88-94.

Carvalho DR, Kalinke LP. Perfil do enfermeiro quanto à motivação profissional e suas necessidades de desenvolvimento. *Boletim de Enfermagem, Paraná*; 2008.

Ciconet, R. M. Tempo resposta de um serviço móvel de urgência [tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.

Coelho GMP, Abib SCV, Lima KSB, Mendes RNC, Santos RAA, Barros AG. Educação permanente em saúde: experiência dos profissionais do serviço de atendimento móvel de urgência. *Enfermagem em Foco* 2015;4(3/4):161-163. doi: 10.21675/2357-707X.2013.v4.n3/4.540

Coelho Neto GC, Andreazza R, Chioro, A. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. *Rev Saude Publica.* 2021;55:93. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055002931

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 [Internet]. Brasília, 1986 [cited 2014 Jan 05]; Available from: http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html.

Costa IKF, Liberato SMD, Costa IKF, Melo MDM, Simpson CA, Farias GM. Occupational hazards in a mobile emergency care. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* 2014; 6(3):938-947.

Cottingham MD. Caring moments and their men: masculine emotion practice in nursing. *NORMA: International Journal for Masculinity Studies* 2017;12(3):270-85. doi: 10.1080/18902138.2017.1312954

Dantas RAN. Avaliação da qualidade da assistência prestada pelo serviço de atendimento móvel de urgência do Rio Grande do Norte [tese]. Natal: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.

Dias JM, Lima MSM, Dantas RAN, Costa IKF, Leite JEL, Dantas DV. Perfil de atendimento do Serviço Pré-Hospitalar Móvel de Urgência Estadual. *Cogitare Enfermagem* 2016; 21(1).

Diniz E. Governabilidade, democracia e reforma do estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. *Revista de Ciências Sociais* 1995;38(3):385-415.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729.

Donabedian A. The Definition of quality and approaches to its assessment (Explorations in quality assessment and monitoring). Ann Arbor: Health Administration Press; 1980. v.1.

Ebben RHA, Vloet LCM, Speijers RF, Tönjes NW, Loef J, Pelgrim T et al. A patient-safety and professional perspective on non-conveyance in ambulance care: a systematic review.

Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2017 Jul;25(1):71.

Ferrari D. História da ambulância. *Revista Intensiva* 2006;4:132.

Ferreira SC, Ferreira MS. Atendimento pré-hospitalar móvel e o conhecimento de graduandos de enfermagem. *Revista Brasileira de Saúde Funcional* 2019;8(1):37.

Frota MA, Wermelinger MCMW, Vieira LJES, Ximenes Neto FRG, Queiroz RSM, Amorim RF. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. *Ciênc. saúde coletiva* 2020;25(1):25-35. doi: 10.1590/1413-81232020251.27672019

Furukawa PO. Comparativo de personagens da história da enfermagem brasileira. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009; 13(2):402-5.

Gouveia GC. Avaliação da satisfação dos usuários com o Sistema de Saúde brasileiro. Tese [Doutorado em Saúde Pública]. Recife: Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2009. 189 p.

Granja GF, Viana ALA, Ibañes N, Pavone Zoboli ELC. Análise da Política Nacional de Atenção às Urgências no SUS: avanços e desafios na efetivação das Redes de Atenção à Saúde. In: *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Brasileiro de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.

Jesus ES, Marques LR, Assis LCF, Alves TB, Freitas GF, Oguisso T. Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. *Rev. esc. enferm. USP* 2010;44(1):166-73. doi: 10.1590/S0080-62342010000100024.

Jorge AO, Coutinho AAP, Cavalcanti APS, Fagundes AMS, Pequeno CC, Carmo M et al. Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica. *Divulgação em Saúde para Debate* 2014;52: 125-145.

Konder MT. Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto-atendimento 24 horas (UPA 24h) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2013. 108p.

Konder MT, O'Dwyer. As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Physis Rev de Saúde Col* [2015];25(2):525-545. doi: 10.1590/S0103-73312015000200011.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva* 2010;15(5):2307-16. doi: 10.1590/S1413-81232010000500006.

Lancini AB. Avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do Samu. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2013. 105 p.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto Contexto Enferm* 2014; 23(2):502-7.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo. Brasília: Liber Livros Editora; 2012.

Lima LD, Queiróz LFN, Machado CV, Viana ALA. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2012b;17(7): 1903-1914. doi: 10.1590/S1413-81232012000700030.

Lima LD, Viana ALA, Machado CV, Albuquerque MV, Oliveira RG, Iozzi FL, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* 2012a;17(11):2881-2892.

Loch S. Desafios e estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. *Saúde debate* 2019;43 (spe6): 48-58. doi: 10.1590/0103-11042019S604.

Lopes SLB, Fernandes RJ. Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar. *Medicina* 1999;32: 381-387.

Luchtemberg MN, Pires DEP. Enfermeiros do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: perfil e atividades desenvolvidas. *Rev Bras Enferm* 2016;69(2):194-201.

Lucio MG, Gusmão CMP, Torres MC. Riscos ocupacionais do atendimento pré-hospitalar: uma revisão bibliográfica. *Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente* 2013;1(3):69-77.

Machado JJ. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU/192: o enfermeiro diante do atendimento pré-hospitalar. Monografia [Graduação]. Cascavel: Faculdade Assis Gurgacz; 2007.

Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev Saúde Pública* 2011;45(3):519-28. doi: 10.1590/S0034-89102011005000022.

Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.

Malvestio MAA, Sousa RMC de. Desigualdade na atenção pré-hospitalar no Brasil: Análise da eficiência e suficiência da cobertura do SAMU 192 [Internet]. *SciELO Preprints*. 2022 [cited 2022 Mar. 29]. Available from: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2875>

Marques AMA. Condições e organização do trabalho das equipes do SAMU/RMF: riscos e agravos daqueles que trabalham contra o tempo [dissertação]. Fortaleza: Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará; 2013.

Marroni CH. Relações intergovernamentais na implementação de políticas públicas: o caso do SAMU no Estado do Paraná. Tese [Doutorado]. São Paulo: Fundação Getulio Vargas; 2017. 123 p.

Martins C, Kobayashi RM, Ayoub AC, Leite MMJ. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional *Texto & Contexto Enfermagem* 2006;15(3):472-8.

Melo MDB, Silva NLC. *Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde*. Belo Horizonte: Nescon UFMG; 2011. 132 p.

Martins CC, Waclawovsky AJ. Problemas e desafios enfrentados pelos gestores públicos no processo de gestão em saúde. *Rev Gestão em Saúde* 2015;4(1):100-9.

Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. 126 p.

Moreira MF. *A cultura organizacional do não uso do cinto de segurança nas viaturas operacionais da brigada militar versus a saúde do policial militar [monografia]*. Porto Alegre: Academia de Polícia Militar, Brigada Militar do Estado do Rio Grande do Sul; 2009.

Moura GMSS, Magalhães AMM. *Atuação do enfermeiro a partir de resultados dos indicadores*. In: Vale EG, Lima JR, Felli VEA. *Programa de Atualização em Enfermagem: PROENF Gestão*. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2011.

Mueller LR, Donnelly JP, Jacobson KE, Carlson JN, Mann NC, Wang HE. National characteristics of emergency medical services in frontier and remote areas. *Prehosp Emerg Care* 2016;20(2):191-9.

National Association of Emergency Medical Technicians. *PHTLS. Atendimento pré-hospitalar ao traumatizado: básico e avançado*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.

Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertoncillo KCG. Classificação de risco na emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev. enferm. UERJ* 2011;19(1): 84-88.

Nunes EO. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Brasília: ENAP; 1997. 146 p.

O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010;15(5):2395-404. doi: 10.1590/S1413-81232010000500014

O'Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Macedo C, Lopes MGM. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 10];33(7):e00043716. doi: 10.1590/0102-311X00043716

O'Dwyer G, Mattos RA. Cuidado integral e atenção às urgências: o serviço de atendimento móvel de urgência do Estado do Rio de Janeiro. *Saude soc* [Internet] 2013. [citado 2021 set 10];22(1). Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/zcnVqFPRfpLykRSFCRnqBYy/?lang=pt#>
10.1590/S0104-12902013000100018

doi:

O'Dwyer GO, Oliveira SP, Seta MH. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(5):1881-90. doi: 10.1590/S1413-81232009000500030.

Oliveira, NRC. *Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes* [Internet]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2016 [citado 10 Jan. 2022]. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7563/1/Redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde%20-%20A%20aten%C3%A7%C3%A3o%20sa%C3%BAde%20organizada%20em%20redes.pdf>.

Oliveira JF, Santos AM, Primo LS, Silva MRS, Domingues ES, Moreira FP et al. Satisfação profissional e sobrecarga de trabalho de enfermeiros da área de saúde mental. *Ciênc. saúde colet* 2019;24(7):2593-2599.

Ortiga AMB. *Avaliação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Santa Catarina* [tese de doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014. 241 p.

Padilha ARS, Amaral MA, Oliveira DC, Campos GWS. Fragilidade na governança regional durante implementação da Rede de Urgência e Emergência em Região Metropolitana. *Saúde debate* 2018;42(118): 579-593.

Pai DD, Lima MADS, Abreu KP, Zucatti PB, Lautert L. Equipes e condições de trabalho nos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel: revisão integrativa. *Rev Eletr Enf* 2015;17(4).

Paranaguá TTB, Braga QP, Bezerra ALQ, Silva, AEBC, Azevedo Filho, FM, Sousa MRG. Incidentes: instrumento de gerenciamento da assistência para a segurança do paciente em pronto socorro. *Enfermería Global* 2014;34:219-31. doi: 10.6018/eglobal.13.2.179201.

Paschoalotto MAC, Passador JL, Oliveira LR, Lopes JEF, Dantas MK, Passador CS. A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. *Saúde Soc*. 2018; 27(1):80-93.

Passos AR. *Absenteísmo do pessoal de Enfermagem: percepções e ações de enfermeiros coordenadores de um hospital especializado*. Tese (Doutorado em Gerenciamento em Enfermagem), São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014. 120 p.

Pereira MD, Torres EC, Pereira MD, Antunes PFS, Costa CFT. Emotional distress of Nurses in the hospital setting in the face of the COVID-19 pandemic. *RSD* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan. 21];9(8):e67985121. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5121>.

Persegona MFM, Oliveira ES, Pantoja VJC. As características geopolíticas da enfermagem brasileira. *Divulgação em saúde para debate* 2016;(56):19-35.

Pessoa DLR, Ramos ASMB, Dias AMC, Souza IBJ, Rêgo AS, Gonzaga LJB. Os principais desafios da gestão em saúde na atualidade: revisão integrativa. *Braz. J. Hea. Rev.*

2020;3(2):3413-3433. doi: 10.34119/bjhrv3n2-171.

Piola SF, Paiva AB, Sá EB, Servo LMS. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea; 2013. 46 p.

Poliquesi CB. Avaliação da estrutura, processo e resultados da Atenção Pré-Natal em quatro Unidades de Saúde do Município de Colombo [monografia]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2009.

Ramos VO, Sanna MC. A inserção da enfermagem no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. Rev. Bras. Enferm. 2005;58(3): 355-60. doi: 10.1590/S0034-71672005000300020.

Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. Ciência & Saúde Coletiva 2017;22(4):1045-1054.

Reis MG. Índice de Turnover da Fundação de Saúde Pública de Novo Hamburgo [monografia]. Novo Hamburgo: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.

Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Silva CMFP. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. Ciência & Saúde Coletiva 2017 22(4):1031-1044. doi: 10.1590/1413-81232017224.03732017

Robert Wood Johnson Foundation. More men becoming nurses - with higher pay; 2013.

Rosa KA, Oliveira MM, Ramos CI, Pereira GB, Alves PF, Rodriguez MLB et al. SAMU assistance to people under the effect of psychoactive substances. RSD [Internet]. 2020 [cited 2022 abr 13];9(11):e60791110024. Available from: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10024>.

Sancinetti TR, Gaidzinski RR, Felli VEA, Fugulin FMT, Baptista PCP, Ciampone MHT, et al. Absenteísmo: doença na equipe de enfermagem: relação com a taxa de ocupação. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2009 [citado 2021 Sep 10];43(spe2):1277-1283. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/91f1/0625bac1dd57159b6af2c709d5b27e862341.pdf>

Santana JCB, Batista CE, Dutra BS, Lima APS, Campos ACV, Melo CL. Profile of nurses from a mobile urgency care service. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [citado 2021 Sep 10];7(7):4754-60. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11728/13961>. doi: 10.5205/reuol.4656-38001-2-SM.0707201323

Santos ETB. Impactos da pandemia covid-19 na saúde mental de enfermeiros: uma reflexão a partir da literatura online [Trabalho de Conclusão de Curso]. Cuité: Universidade Federal de Campina Grande; 2020.

Santos L, Andrade LOM. SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007. 165 p.

Santos AM, Giovanella L. Regional governance: strategies and disputes in health region

management. Rev Saude Publica. 2014;48(4):622-31. doi: 10.1590/s0034-8910.2014048005045.

Santos JS, Scarpelini S, Brasileiro SLL, Ferraz CA, Dallora MELV, Sá MFS. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção. Medicina (Ribeirão Preto) [Internet]. 2003 [citado 31 de janeiro de 2022];36(2/4):498-515. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/29420>

Santos RM, Barros LMC, Santos SA, Santos WB, Costa LMC. A inserção masculina na Enfermagem: o que se escreve sobre esta questão? Cultura de los Cuidados [Internet]. 2017 [citado 2022 Jan 13];21(48):219-232. Disponível em: <http://www.index-f.com/cultura/48/48219.php>.

Scalco SV, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. Caderno de Saúde Pública 2010;26(3):603-614.

Schmoeller R, Trindade LL, Neis MB, Gelbcke FL, Pires DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. Rev Gaúcha Enferm 2011;32(2):368-377.

Seade (Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados) [homepage na internet]. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo. [citado 2022 Jan. 27]. Disponível em: <https://www.seade.gov.br/>.

Significados [homepage na internet]. Estado Civil: o que é estado civil. [citado 2022 Jan. 27]. Disponível em: <https://www.significados.com.br/estado-civil/2015/>

Silva EAC, Tipple AFV, Souza JT, Brasil VV. Aspectos históricos da implantação de um serviço de atendimento pré-hospitalar. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2010 [citado 31 de janeiro de 2022];12(3):571-7. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/10555>

Silva GS, Mariot MDM, Riegel, F. Profile of calls and drivers involved in motorcycle accidents by the mobile emergency service. Revista de Enfermagem da UFPI 2020;9:e9560.

Silva KLS, Sena RR. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. Revista Latino Americana de Enfermagem 2006;14(5):755-61.

Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva 2014;24(4):1207-28. doi: 10.1590/S0103-73312014000400010.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciênc. saúde coletiva 2011;16(6):2753-62. doi: 10.1590/S1413-81232011000600014

Silvestre AL. Avaliação da estrutura do Serviço de Atendimento Móvel Urgência (SAMU) de um município da região metropolitana de Curitiba [dissertação de mestrado]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2016. 172 f.

Stefanelli MC, Carvalho EC. A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2.ed. Barueri: Manoli; 2012. 228 p.

Takeda RA, Widmer JA, Morabito R. Uma proposta alternativa para avaliação do desempenho de sistemas de transporte emergencial de saúde brasileiros. *Transportes* [Internet]. 2001 [citado 22 jan 2022];9(2). Disponível em: <https://www.revistatransportes.org.br/anpet/article/view/168>. doi: 10.14295/transportes.v9i2.168

Teles AS, Coelho TCB, Ferreira MPS, Scatena JHG. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) do Estado da Bahia: subfinanciamento e desigualdade regional. *Cad. saúde colet* 2017;25(1):51-7.

Timerman A, Quilici AP, Garcia AM, Gonzalez MMC. Passado, presente e futuro: a história da ressuscitação no mundo e no Brasil. In: Timerman A, Gonzalez MMC, Ramires JAF. *Ressuscitação e emergências cardiovasculares. do básico ao avançado*. Barueri: Manole; 2007.

Uchimura LYT, Viana ALÁ, Silva HP, Ibañez N. Unidades de Pronto Atendimento (UPAs): características da gestão às redes de atenção no Paraná. *Saúde debate* 2015;39(107):972-83. doi: 10.1590/0103-110420151070253.

Valim MD, Marziale MHP, Hayashida M, Richart-Martínez M. Ocorrência de acidentes de trabalho com material biológico potencialmente contaminado em enfermeiros. *Acta Paul Enferm.* 2014; 27(3):280-6. doi: 10.1590/19820194201400047.

Vargas D, Soares J, Ponce TD, Oliveira BB. Enfermeiros de serviços de urgência e emergência psiquiátrica: análise de perfil profissional e educacional. *Cogitare Enferm* 2017;22(4), 2017. doi: 10.5380/ce.v22i4.50704.

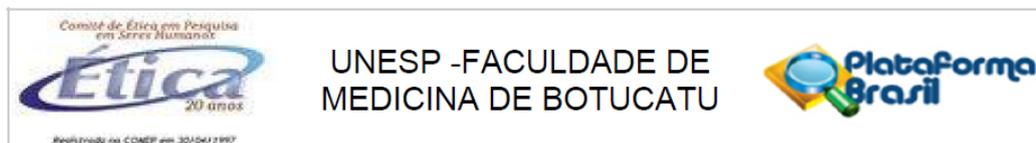
Vasconcelos KJ, Estender AC, Barbosa L. A desmotivação e as causas da rotatividade dos colaboradores. In: *Anais do XXII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia*; 28-30 Out 2015; Associação Educacional Dom Bosco; Resende, Rio de Janeiro; 2015.

Vieira CMS, Mussi FC. A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. *Rev. esc. enferm. USP* 2008 Dez;42(4):793-7.

ANEXOS

ANEXO A

Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL COMO ORDENADOR DA POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Pesquisador: LAUDICEIA RODRIGUES CRIVELARO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 90088218.4.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.756.229

Apresentação do Projeto:

A finalidade desse projeto será avaliar a estrutura organizacional do SAMUs regionais da Rede de Atenção à Saúde 09 (RRAS), em relação à adequação das Centrais de Regulação com a legislação vigente e com o Plano Nacional de Atenção às Urgências. A avaliação proposta contemplará: os aspectos físico, operacional e humano; a abrangência territorial dos atendimentos; a atuação do serviço para os atendimentos dos pedidos de socorro médico, informação e modelo de gestão.

O SAMU possui como função ser ordenador da Rede de urgência, de maneira que é possível apontar avanços. Os SAMUS da RRAS 9 estão estruturados pelos pressupostos das redes assistenciais podendo se constituir numa forma de tornar o sistema de saúde mais integrado e resolutivo.

Assim formulam-se as seguintes perguntas de pesquisa:

- 1- Na prática os quatro SAMUs da RRAS-9 tem governança através das CRMU e estão estruturados pelos pressupostos das redes assistenciais de acordo com a Portaria 1010, do Ministério da Saúde que regula e institucionaliza todos os mecanismos de instalação e o funcionamento dos SAMU's?
- 2- Os SAMUs regulam RUE de forma de tornar o sistema de saúde mais integrado e resolutivo ordenando adequadamente a RUE?
- 3- O SAMU está exercendo o papel de ordenador da Rede de urgência? Ordena totalmente os

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.756.229

chamados?

4- Como está ocorrendo a continuidade do processo de regionalização?

5- Quais são as potencialidades e fragilidades para a estruturação e a integração do sistema de urgência.

Metodologia: Trata-se de estudo de abordagem qualitativa e quantitativa, visando avaliar o processo de Gestão só serviços para que o SAMU cumpra sua função de ordenador da Rede de Urgência e Emergência. O estudo será realizado em 2 etapas seno delas:

1ª etapa: abordagem quantitativa avaliará a estrutura e processos dos serviços. Será utilizado um instrumento validado por DANTAS,2015 que engloba a análise da estrutura, processos e resultados. 2ª etapa: incluirá entrevista semiestruturada com quatro perguntas abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem resposta ou condições pré-fixadas.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência como ordenador da Rede de Atenção à Urgência

Específicos:

Quanto a abordagem quantitativa:

- Descrever o processo de implantação dos SAMUs regionais na RAS 9
- Caracterizar os aspectos relacionados ao processo de trabalho nos SAMUs regionais na RAS 9;
- Aplicar o modelo de avaliação validado nos SAMUs Regionais;
- Analisar os aspectos estruturais, regulatórios e de atendimento dos SAMUs da RRAS 09;

Quanto a abordagem qualitativa:

- Compreender o processo de gestão e de trabalho sob a ótica dos gestores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Desconforto, principalmente relacionado a certo constrangimento ao responder o questionário.

Benefícios:

Endereço: Chácara Butignolli , s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.756.229

O estudo poderá contribuir com os gestores no sentido de indicar pontos fracos e permitir a readequação de estrutura e processo com o propósito de melhorar a qualidade da assistência prestada à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante no cenário a que se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: adequada. Está assinada pelo autor e pelo diretor da Faculdade de Medicina.

Projeto de pesquisa: Adequado. Contém todos os requisitos de um projeto de pesquisa e está de acordo com as informações da Plataforma Brasil.

Autorização Institucional do Escritório de Apoio a Pesquisa: adequado

Autorização do Departamento Regional de Saúde: adequado

TCLE: Adequado.

Cronograma: Adequado.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa apresentado encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado em reunião ordinária do Comitê de Ética em Pesquisa da FMB/UNESP, realizada em 03 de julho de 2018, o projeto encontra-se APROVADO, sem necessidade de envio à CONEP.

No entanto, informamos que ao final da execução da pesquisa, seja enviado o "Relatório Final de Atividades", na forma de "Notificação", via sistema Plataforma Brasil.

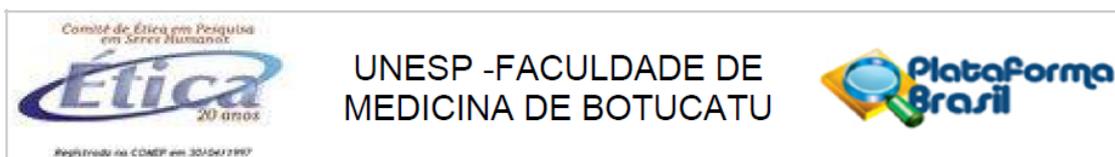
Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Chácara Butignolli, s/n	
Bairro: Rubião Junior	CEP: 18.618-970
UF: SP	Município: BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1609	E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 2.756.229

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1104784.pdf	20/06/2018 13:12:46		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoAssinada.pdf	20/06/2018 13:10:59	LAUDICEIA RODRIGUES CRIVELARO	Aceito
Parecer Anterior	pareceranterior.pdf	20/06/2018 13:06:43	LAUDICEIA RODRIGUES CRIVELARO	Aceito
Parecer Anterior	TermoDeAnuencialInstitucional.pdf	06/05/2018 20:41:07	LAUDICEIA RODRIGUES CRIVELARO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	13/04/2018 22:20:14	LAUDICEIA RODRIGUES CRIVELARO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhado.docx	13/04/2018 22:16:12	LAUDICEIA RODRIGUES CRIVELARO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	13/04/2018 22:14:03	LAUDICEIA RODRIGUES CRIVELARO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 05 de Julho de 2018

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
 (Coordenador)

ANEXO B

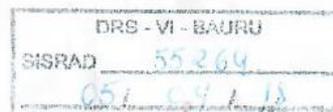
Termo de Anuência da DRS VI



SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Bauru SP, 04 de abril de 2018.

Diretor: Doroti da Conceição Vieira Alves Ferreira
e-mail: drs6@saude.sp.gov.br



Eu, Laudiccia Rodrigues Crivelaro, enfermeira COREN-SP 75335 responsável principal pelo projeto de pesquisa, aluna do **Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem**, da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, venho pelo presente, solicitar, através da diretoria técnica divisão regional de saúde DRS IV-Bauru SP autorização para realizar pesquisa nos Serviço de atendimento Móvel de urgência da rede de atenção a saúde da RAS-09 sob sua jurisdição o trabalho de pesquisa sob o título: **AVALIAÇÃO DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL COMO ORDENADOR DA POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**. Com o objetivo de Avaliar os SAMUs da RAS 09 com foco na educação permanente como estratégia de organização e gestão. Orientado pelo Professor(a) Dra Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisada Unesp Botucatu, a Anuência Diretora da DRS VI, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas.

Contato do pesquisador principal Laudiccia Rodrigues Crivelaro Fone; 14 991195199.

Contando com a autorização desta instituição, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador da Pesquisador

04/04/2018
 Fabíola Lôo Soares Yamamoto
 Dir. Téc. de Saúde III - Subst.
 DRS VI Bauru - RG 24.800.703-6

DRS VI- Bauru SP
 Rua Quintino Bocaiúva, 545 - CEP: 17015-100 - fone: (14) 3235-0150 / 3235-0151 / 3235-0154

Anexo C

ATA Nº 01/2019 - Reunião ordinária

Comissão Intergestores Regional – CIR Bauru - DRS VI Bauru – RRAS 09

1 COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL – CIR BAURU
2
3 DRS VI BAURU – RRAS 09
4
5 REUNIÃO ORDINÁRIA
6
7 ATA Nº 01/2019
8
9 Aos dez dias do mês de janeiro de dois mil e dezenove, às nove horas e trinta minutos,
10 no auditório do Departamento Regional de Saúde de Bauru – DRS VI, reuniram-se
11 gestores e técnicos da Regional de Saúde para a oitava reunião ordinária da Comissão
12 Intergestores Regional – CIR, conforme lista de presença anexa. A reunião foi realizada
13 sob a coordenação da Diretora Técnica de Saúde II – DRS VI Bauru - Cássia
14 Aparecida Rocha Grando de Moraes que inicia a reunião colocando sob aprovação a
15 ata nº 12/2018, confirmando leitura pelos gestores presentes, sendo APROVADA por
16 unanimidade. **Apresentação:** Enf^a doutoranda Laudicéia Crivelaro - solicita
17 autorização pesquisa, apresenta o Projeto "AVALIAÇÃO DO COMPONENTE PRÉ
18 HOSPITALAR MÓVEL COMO ORDENADOR DA POLITICA DE
19 URGENCIA/EMERGENCIA". Cita que foi apresentado para a Comissão de Ética do
20 município de Bauru; Relata que irá em loco para realizar a pesquisa; Gestores
21 presentes APROVAM. **Informes Ordinários: SUCEN –** Raquel cita que o indicador de
22 infestação de dengue vem mantendo a tendência de alta; Menciona sobre Avaliação de
23 Densidade Larvária (ADL-Região) Dezembro, Índice de Breteau (IB) para Aedes
24 Aegypti foi 4,2, Índice Predial (IP) 2,7. Explana sobre a situação de infestação do
25 município de Bauru, que esta em situação de emergência, relata que o sorotipo
26 circulante é o tipo 2, e a percentagem da população suscetível é grande. Raquel relata
27 que foi implantado no mês de dezembro/18 o sistema escorpião, e solicita para que os
28 municípios alimentem o sistema. Dr. Mário representante do município de Bauru cita
29 que com a epidemia, o município está encontrando dificuldades para fazer o LIRA.
30 Raquel orienta que se deve cumprir o que o Ministério pede, e cita que o MS ainda não
31 enviou a orientação 2019. Raquel sugere formalizar a SUCEN para que seja discutido
32 a situação de forma pontual; enfatiza que esse é um momento fundamental para se
33 trabalhar esse indicador. Dr. Mário questiona sobre o programa todos juntos contra a
34 Dengue; Raquel relata que aguarda posição do nível central; Dr. Fogolin gestor do
35 município de Bauru cita sobre a falta de viaturas. **IAL –** Virgínia cita que esta sendo

36 regularizado os kits de VDRL, HIV e Hepatites, enfatiza que os VDRS estará
37 regularizado até o final do mês; Sobre kits NS1 está sendo encaminhado para São
38 Paulo. A respeito da descentralização dos exames de triagem, refere que haverá
39 reunião dia 23 de janeiro/19, e trará novas informações na próxima CIR. **Cosems** – Dr.
40 Fogolin explana sobre o 33º Congresso de Secretários Municipais de Saúde, que
41 acontecerá em Águas de Lindóia no período de 27 a 29 de março/19. Menciona que
42 haverá eleição para a diretoria do COSEMS e que será candidato a Presidente. Cita
43 sobre a Lei 13.708/2018 que modifica as normas que regulariza o exercício profissional
44 dos ACS e ACE, e que sairá portaria para o piso salarial dos ACE. **Informes Gerais:**
45 Priscila - DRS/CCPM menciona sobre as Prestações de Contas com relatórios
46 comprovando as atividades, metas quantitativas e qualitativas, metas atingidas e não
47 atingidas, cita que a prestação de contas deverá estar no DRS até 31 de janeiro/19,
48 após esta data terá que ser online. Relata sobre a prorrogação de convênios estadual
49 SS 97 de 28/12/2018. **Devolução do Grupo de Trabalho** – Cássia – DRS confirma
50 leitura da ata do GT pelos gestores. Mônica gestora do município de Duartina relata que
51 haverá reunião com o Promotor sobre o Hospital de Duartina, visto o provedor não
52 estar cumprindo cerca de 60% das pactuações; Se compromete a apresentar relatório
53 ao DRS após a reunião. Elena gestora do município de Piratininga refere que não
54 recebeu devolução de pacientes da MSI proveniente do Planejamento Familiar. Dr.
55 Fogolin cita sobre a nova Diretoria da Maternidade Santa Isabel que está tomando pé
56 da situação da MSI. Ricardo gestor do município de Lençóis Paulista e demais
57 gestores discutem sobre o Decreto 63.906 de 06/12/2018 que institui a criação do
58 Departamento Regional de Saúde de Botucatu, relembram dados oficiais apresentados
59 na Oficina de Repactuação. Gestores sugerem realizar reunião com os Prefeitos e
60 Secretários da CIR Bauru e Lins. Sem outras manifestações, a reunião foi encerrada às
61 doze horas. Eu, _____ Luciana Vieira redigi a presente ata
62 que será enviada a toda CIR Bauru.

ANEXO D**QualiQuantiSoft® - Licença de Uso**

QualiQuantiSoft® - Licença de Uso	
--	---

TIPO DE LICENÇA	ACADEMICA
CNPJ / CPF	92379214891
NOME DO LICENCIADO	LAUDICEIA CRIVELARO
CÓDIGO DA LICENÇA	PAR-WF556-45120-211-6560
CÓD. LIBERAÇÃO ANUAL	20-211-6560

Para liberar a Licença de Uso do QualiQuantiSoft®, utilize as informações acima na tela de registro do programa.		
SALES & PASCHOAL INFORMÁTICA	QTDE DE INSTALAÇÕES	1
		ANO 2.021



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

Objetivo Acadêmico: Dissertação de Mestrado ()

Tese de Doutorado (X)

Título constante no parecer de aprovação do projeto pelo CEP/CEUA:

Avaliação do componente pré hospitalar móvel como ordenador da política de urgência e emergência

Título final do trabalho (constante na capa da dissertação ou tese):

**Avaliação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Rede de Atenção à Saúde
-09 : estudo multimétodos**

Data da reunião do CEP/CEUA que aprovou o projeto 20/06/2022

Declaramos que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP e/ou CEUA.

Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Orientadora

Laudicéia Rodrigues Criveralo

Discente

APÊNDICES

APÊNDICE A

PARTE I - QUESTIONÁRIO AUTOAPLICÁVEL PARA GESTORES OU ATUAM NA COORDENAÇÃO DE USA E USB DO SAMU REGIONAL DO MUNICÍPIO
--

Pesquisa: Avaliação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Rede de Atenção à Saúde: estudo multimétodos
--

<u>Identificação</u>

Nome: _____ Idade _____ Sexo: _____

Estado Civil _____ Tempo Formação _____

Titulação _____ Tempo de atuação no APH _____

Cargo _____ Profissão _____

RECURSOS HUMANOS

1- Como é realizado o dimensionamento de pessoa para suprir as demandas de atendimento do SAMU?

2- Qual é o vínculo empregatício dos profissionais, por categoria profissional?]

3- Qual foi o número de ausências não previsíveis (licença saúde, afastamentos por qualquer outro motivo, faltas).

4) Existe um Programa de educação permanente para capacitação/atualização dos profissionais do SAMU? É possível ter acesso a esta programação para conhecimento do conteúdo, periodicidade e público-alvo?

5) Em relação à educação permanente, prevista pela Portaria nº 2048 (BRASIL, 2003), por meio do Núcleo de Educação em Urgência (NEU), quais as capacitações realizadas, carga horária e o número de participantes?

6) Diante de situações de acidentes de trabalho (acidentes com material biológico, acidentes no trânsito), existe um plano/fluxos para atendimento, encaminhamento e acompanhamento dos

profissionais de saúde?

RECURSOS MATERIAIS

1) Qual o número de viaturas habilitadas em seu município no ano de 2018; e Qual o número de viaturas em funcionamento em seu município no ano de 2018?

2) Existe manutenção preventiva? Periodicidade: () semanal () mensal () outro, especificar

3) Existe contrato de manutenção dos equipamentos médicos? Qual a periodicidade?

4) Existe POP de Limpeza e escala de limpeza terminal?

5) O uniforme é utilizado regularmente nas atividades assistenciais realizadas (macacão com gola, com proteção nos ombros e joelhos, tarja refletivas e bota)?

() Sim () Não () Às vezes

FERRAMENTAS DE GESTÃO

1. Em relação aos aspectos normativos, o SAMU conta com:

- () regimento geral () protocolos clínicos () diretrizes clínicas ou linhas guias
() rotinas implantadas () protocolos administrativos

2. Houve revisão e atualização dos protocolos e rotinas, nos últimos 2 anos?

() Sim () Não

3. Os protocolos clínicos, diretrizes clínicas e/ou linhas guias, estão disponíveis nas viaturas?

Sim. Caso afirmativo, explicar onde os profissionais os acessam:

4. Há monitoramento de indicadores institucionais?

Sim Não Às vezes. Se houver monitoramento, citá-los:

5. Há rotina de notificação de eventos adversos relacionados à segurança do paciente?

queda da maca erro de medicação seroma extubação acidental perda de cateter venoso central perda de Cateter Vesical de Demora perdas de cateteres gastrointestinais Não funcionamento ou funcionamento incorreto de equipamentos e dispositivos, outros:

6. Quanto ao uso de uniformes e equipamentos de proteção individual:

- a) São fornecidos uniformes anualmente aos profissionais? Qual a periodicidade?
- b) Os EPIs estão disponíveis a todos os profissionais?
- c) Há gestão do risco ocupacional? (SESMT, CIPA)

7. Existe um instrumento (*checklist*) para verificação e controle dos medicamentos e materiais, quanto à validade, prazo de esterilização?

por plantão diário quinzenal mensal

8. Como é o descarte dos medicamentos vencidos?

9. Há núcleo de educação permanente? Por quê?

10. A CRU regula os serviços de outras instituição, como:

Corpo de Bombeiro Serviços privados Central de Leitos Outros, citar:

11. Existe, na CRU, mapa do município, para identificação da localização dos serviços de saúde, bases descentralizadas, outras ambulâncias ou serviços de transporte público e privado de fácil acesso? () Sim () Não

13) Existe, na CRU, mapa do município e da região de cobertura do serviço, detalhando as estradas e principais vias de acesso? () Sim () Não

14) Existe, na CRU, agenda de eventos para cobertura de atividades esportivas, sociais e culturais? () Sim () Não

15) Existe, na CRU, planilhas com informações sobre as vagas/censos diários dos leitos disponibilizados pela Central de Regulação de Leitos Hospitalares, e de unidades de pronto atendimentos(UPA)? () Sim () Não. Se não, justifique:

16. Existe, na CRU, planejamento de manejo de situações complexas, envolvendo muitas pessoas afetadas (planos de desastres com protocolos integrados entre os agentes públicos e privados responsáveis)? () Sim () Não

17. A CRU tem instrumentos para o controle, monitoramento e acompanhamento das ocorrências triadas pelo médico regulador? () Sim. Caso afirmativo, cite-os _____ () Não _____

18. Na sua opinião, há linhas telefônicas suficientes para atender à demanda da Central de Regulação Médica do SAMU? () Sim () Não () Às vezes _____

19. Há Sistema de Informação Informatizado para monitoramento do atendimento das chamadas do SAMU; ou um sistema de gravação das ligações realizadas/recebidas pela CRU? () Sim () Não () Às vezes

20. A CRU assegura o arquivamento de fichas de atendimento, de modo a garantir a confidencialidade e a integralidade, e as mantém em local de fácil acesso? () Sim () Não () Às vezes. _____

21. Há sistema de geolocalização das viaturas na CRU?

() Sim () Não () Às vezes. Caso afirmativo, como o senhor(a) avalia a efetividade deste sistema?

RECURSOS MATERIAIS

1) O pesquisador verificará, juntamente com o entrevistado, e preencherá se no momento se encontram no interior de sua viatura os seguintes materiais:

Continua

Equipamentos	S	N		
Sinalizador óptico e acústico				
Aspirador				
Equipamento de rádio comunicação fixa e móvel				
Maca articulada e com rodas				
Suporte para soro				
Cadeira de rodas dobrável				
Rede de oxigênio com cilindro, válvula, manômetro, régua com dupla saída.				
Cilindro de oxigênio portátil com válvula				
Respirador de transporte				
Oxímetro				
Cardioversor				
Bomba de infusão				
DEA - desfibrilador automático externo				
Circuito de respirador estéril de reserva				
Equipo para drogas fotossensíveis				
Equipo para bombas de infusão				
Protetores para eviscerados ou queimados				
Sondas nasogástricas				
Almotolias com anti-séptico				
Óculos, máscaras e aventais				
Conjunto de colares cervicais				
Prancha longa para imobilização da coluna				
KED- <i>Kendrick Extrication Device</i>				
Cinto aranha				
Auto-pulse - equipamento usado para reanimar pacientes				
Tala de imobilização				
Imobilizador lateral de cabeça				
Tesoura ponta romba				
Incubadora de transporte de recém-nascido				
Termômetro				
Oxímetro				
Glicosímetros				
Lençóis				
Cobertores				
Descartáveis				
Luvas				
Outros				

Continua

Equipamentos	S	N		
Materiais de vias aéreas (Mochila Azul)				
Máscara laríngea				
Cânulas endotraqueais de vários tamanhos				
Sonda para aspiração adulto/infantil				
Cateter nasal				
Máscara alto fluxo				
Laringoscópio adulto/infantil com conjunto de lâminas				
Cadarços para fixação de cânula				
Lidocaína (geléia e “spray”)				
Estetoscópio adulto/infantil				
Esfigmomanômetro adulto/infantil				
Cânulas orofaríngeas adulto/infantil				
Fios-guia para intubação				
Cânulas para traqueostomia				
Material para cricotiroidostomia;				
Bisturi descartável				
Conjunto de drenagem torácica.				
Outros				
Material para acesso venoso, contendo:				
Recipiente de algodão com anti-séptico				
Material para punção, de vários tamanhos				
Agulhas especiais para punção óssea				
Garrote				
Equipo de macro e microgotas				
Seringas de vários tamanhos				
Torneiras de 3 vias				
Soro fisiológico, ringer lactato e soro glicosado				
Material de dissecação de veias				
Caixa completa de pequena cirurgia				
Medicamentos:				
Adrenalina				
Hidrocortisona				
Dopamina				
Analgésicos				
Lidocaína sem vasoconstritor				
Atropina				
Aminofilina				
Glicose 50%,				
Soros Glicosado/Fisiológico/Ringer				
Dobutamina				
Antieméticos				
Psicotrópicos haldol/diazepam/midazolam/fenitoína				
Gardenal/hidantal				

Conclusão

Cedilanide				
Furosemida				
Hiosina				
Dipirona				
Isordil				
AAS 100mg				
Agulhas				
Seringas				
Outros				
Imobilização				
Atadura crepe - vários tamanhos				
Luvas de procedimentos				
Fita crepe				
Gazes				
Compressas				
Garrotes				
Torniquetes				
Micropore				
Tesoura ponta romba				
Talas				
Material para atendimento ao parto –				
Kit parto: () luvas cirúrgicas; () clamps umbilicais; () estilete estéril para corte do cordão; () saco plástico para placenta; () cobertor; () compressas cirúrgicas; () gazes estéreis; () braceletes de identificação.				
Cobertor				
Touca				
Reanimador mecânico neonatal				
Máscara de O ² infantil				
Detector fetal				

Parte II**Roteiro norteador para Entrevista Narrativa****Pesquisa: Avaliação dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência da Rede de Atenção à Saúde: estudo multimétodos**

Assim, formulam-se as seguintes perguntas de pesquisa:

- 1) Em sua opinião, o Processo de regionalização do SAMU avançou?
Como está ocorrendo a continuidade desse processo?
- 2) Quais são as fragilidades e pontencialidades do SAMU regional?
- 3) Quais são os principais problemas e desafios que os gestores enfrentam no processo de gestão em saúde?
- 4) Os SAMUs têm governança através das CRUs e regulam RUE de forma a tornar o sistema de saúde mais integrado e resolutivo, ordenando adequadamente a RUE? Como tem sido articulado na sua gestão esses arranjos?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo II TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução 466/2012

Coordenadora: DraCassiana Mendes Bertoncetto Fontes
Endereço: Rua Agostinho Fornetti 3-30 Vila Lemos, CVEP 17063-430,Bauru – SP
Telefone institucional: (14) 3880- 1293 ; celular: (14) 9977-85393
Pesquisadora: Laudiceia Rodrigues Crivelaro
Endereço do Pesquisador: Rua Baltazar Rodrigues 4-5,CEP:Jd Planalto
Telefones: (14) 30100702 (14) 991195199

Convidamos o(a) Senhor(a), gestor (a) da CRMU ou gerente de unidade base do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) do município, a participar de um estudo intitulado **AVALIAÇÃO DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL COMO ORDENADOR DA POLÍTICA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** Esta pesquisa justifica-se pelo crescente aumento da demanda nos serviços de urgência e emergência devido a mudança do perfil epidemiológico, que configura em maior número de acidentes, violência, doenças cardiovasculares e outros fatores da vida moderna, pela importância e complexidade do tema. Somando-se à carência de estudos avaliativos no SAMU e a inexistência de estudos com essa abordagem no município.

- a) O objetivo desta pesquisa é avaliar a estrutura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município.
- b) Caso o(a) Senhor(a) participe da pesquisa, participará de uma entrevista e responderá a um questionário autoaplicável sobre recursos humanos, materiais, tecnológicos, de informação e relativos a modelos de gestão. Para tal, será necessário aproximadamente uma 35 min sendo o instrumento semiestruturados respondido conforme disponibilidade do participante e concomitantemente com a pesquisadora. Nesta pesquisa as entrevistas serão respondida pelo entrevistado por escrito o sigilo e o anonimato das informações será garantido, essas serão transcritas literalmente após deletadas, passando a identificar os atores alfanumericamente.
- c) É possível que o(a) Senhor(a) experimente algum desconforto, principalmente relacionado a certo constrangimento ao responder o questionário. Para amenizá-lo, afirmamos que a sua identidade e a confidencialidade das informações serão preservadas, e será dado ao Senhor(a) a possibilidade de desistência de sua participação a qualquer

momento. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

d) Os benefícios esperados com essa pesquisa são que os resultados poderão fornecer subsídios para a reorganização dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência pela gestão do SAMU. Embora nem sempre os participantes sejam diretamente beneficiados com o resultado das pesquisas, este poderá contribuir para o avanço científico.

e) Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de explicação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento através dos seguintes telefones e endereços eletrônicos de contato: Laudiceia Rodrigues Crivelaro email laucrivelaroster@gmail.com endereço para a correspondência com todos os pesquisadores é: Campus UNESP- Botucatu Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n. Bairro: **UNESP - Campus de Botucatu 18618687 - Botucatu, SP PABX: (14) 3880-1001**

f) Os pesquisadores estarão disponíveis para qualquer esclarecimento pelos telefones e endereço acima citados nos horários: 08h-12h e das 14h-17h.

A sua participação neste estudo é voluntária e se o(a) senhor(a) não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

g) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, ou seja, os pesquisadores orientadora Dra Cassiana Mendes Bertoncello Fontes e aluna Laudiceia Rodrigues Crivelaro

h) O material obtido – questionário será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado dentro de 2 anos, após o término da pesquisa.

i) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e o(a) senhor (a) não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

k) Se o(a) senhor(a) tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o(a) senhor(a) pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do campos da UNESP/ Botucatu.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu

entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Bauri, _____ de _____ de 2018.

Nome do Pesquisador Responsável: Dra Cassiana Mendes Bertoncello Fontes

Aluna Pesquisadora: Laudiceia Rodrigues Crivelaro