

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE  
MOSSORÓ – FACENE/RN

LAERCIA MARREIRO DA SILVA MOURA

**A IMPLANTAÇÃO DO SAMU192 REGIONAL NO VALE DO AÇU A PARTIR DA  
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

MOSSORÓ

2012

LAERCIA MARREIRO DA SILVA MOURA

**A IMPLANTAÇÃO DO SAMU192 REGIONAL NO VALE DO AÇU A PARTIR DA  
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

Monografia apresentada como exigência parcial para  
obtenção do título de Graduada em Enfermagem à  
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de  
Mossoró – FACENE/RN.

ORIENTADOR: Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares

Mossoró

2012

LAERCIA MARREIRO DA SILVA MOURA

**A IMPLANTAÇÃO DO SAMU192 REGIONAL NO VALE DO AÇU A PARTIR DA  
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**

Monografia apresentada pela aluna LaerciaMarreiro da Silva Moura, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovado (a) em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares – FACENE/RN  
(Orientador-FACENE/RN)

---

Prof. Esp. Raquel Mirtes Pereira da Silva  
(Membro-FACENE/RN)

---

Prof.Ms. Thiago Enggle de Araújo Alves  
(Membro-FACENE/RN)

*O melhor de mim dedicarei sempre  
àquela que me inspira todos os dias ao acordar  
e ainda me dá forças para caminhar, a você  
minha mãe, minha vida!*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por me dar forças na minha jornada e nos momentos de dificuldade ter-me mostrado o caminho correto a ser trilhado.

Agradeço aos meus pais, Aracilda, ou melhor, Dinha, como gosta de ser chamada, e Laercio Marreiro, por todo o esforço, dedicação e incentivo que deram em toda a minha vida estudantil, desde os meus primeiros anos de idade.

Agradeço ao meu amável esposo, Claudemir Moura, pelo companheirismo de sempre e pelo seu sorriso quando tudo parecia tão difícil.

Agradeço em especial as minhas amigas Franciêlda Amorim, Mayana Rafaela e Vanessa Caldas pelo incentivo, compreensão e apoio nos momentos em que estive envolvida neste projeto, e também por toda ajuda prestada ao longo deste trabalho, sem a qual não teria sido concluído.

A minha família, especialmente ao meu avô pelas conversas incentivadoras e experiências que vivemos juntos e hoje não poder tê-lo ao meu lado para acompanhar a conclusão deste meu projeto é muito triste.

Ao meu ilustríssimo orientador, Francisco Rafael Ribeiro Soares, pelos ensinamentos e orientação ao longo dessa longa jornada.

Aos professores da FACENE/RN pelos conhecimentos e experiências compartilhadas. E aos membros da banca pelas valiosas contribuições.

A todos os funcionários da FACENE que estiveram ao meu lado, pela dedicação e dignidade com que encaram seu trabalho e por compartilhar suas experiências e ouvir meus desabaços.

Enfim, agradeço a todos os amigos e colegas que de alguma forma me ajudaram a superar este desafio.

*“Talvez precisemos determinar como podemos ser valiosos, não qual é o nosso valor”.*

*(Edgar Z. Friedenberg)*

## RESUMO

Os modelos organizacionais dos serviços de saúde no Brasil passaram por profundas transformações nas duas últimas décadas, aprimorando e expandindo os serviços ofertados à população. O modelo tecnoassistencial brasileiro tem sido constantemente descrito pela figura da pirâmide, na qual a rede básica é a principal porta de entrada. Porém, ela não tem conseguido assumir este papel a contento. Os serviços de atendimento às urgências têm sido pressionados pelas dificuldades de acesso aos demais níveis do sistema, bem como pelos aspectos epidemiológicos da população. No entanto, o êxito deste serviço está associado com os sistemas de atenção às urgências locais existentes devendo obedecer às diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências visando responder às necessidades da população contemplada com esse serviço. Esta pesquisa tem o objetivo de analisar a implantação do SAMU192 regional no Vale do Açu a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, com parte em análise documental, uso de registros institucionais e entrevistas semi-estruturadas com enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas. Foi desenvolvida na base descentralizada do SAMU192 do Vale do Açu. Após coleta dos dados desta pesquisa para orientação no processo de análise, foi utilizada a análise temática de conteúdo proposta por Bardin (2010). Mediante os dados obtidos, destaca-se as principais características estruturais e os principais atores envolvidos no processo de implantação do SAMU192 do Vale do Açu, apontando as principais falhas e pontos positivos para esta região com a vinda desse serviço. Infere-se sobre a conjuntura dos trabalhadores locais frente às dificuldades e pioneirismo da implantação de um serviço de grande porte para os municípios contemplados pelo SAMU192. Esta pesquisa pôde comprovar que mesmo com a estruturação das políticas nacionais das urgências, o processo de transformação ocorre a passos lentos e de forma fragmentada. Os SAMU192, como componente prioritário da PNAU, não é capaz, isoladamente, de resolver todos os problemas enfrentados atualmente pela área de urgência e emergência. Portanto, identificar os avanços e retrocessos com a consolidação deste serviço para a região do Vale Açu se torna tarefa difícil, à medida que se prolonga a consolidação do SAMU192 nesta região. Os resultados encontrados na realidade de um processo de implantação, em parte, diferem dos resultados encontrados na literatura, fundamentados na PNAU. Sobretudo nas etapas de organização do processo e nos pré-requisitos necessários para implantação.

**Descritores:** Emergências. Regionalização. Gestão em saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

The organizational models of health services in Brazil have undergone profound changes over the last two decades, improving and expanding the services offered to the population. The Brazilian has been constantly tecnoassistencial model described by the figure of the pyramid, in which the basic network is the main entrance door. However, she has not been able to assume this role well. The emergencies services have been pressured by the difficulties of access to other levels of the system, as well as by the epidemiological aspects of the population. However, the success of this service is associated with the locorregionais emergencies attention systems should comply with the existing policy guidelines of National Attention to the emergency room in order to meet the needs of the population provided with this service. This research aims to analyze the deployment of regional SAMU192 in Açu Valley from the National Policy of attention to urgencies. It is a descriptive, exploratory, qualitative approach, with part in documentary analysis, use of institutional records and semi-structured interviews with nurses, nursing technicians and drivers first responders. Decentralised basis was developed in SAMU192 of Brazil. After collecting the data for this search for guidance in the process of analysis, was used the thematic analysis of the content proposed by Bardin (2010). Upon the data obtained, we highlight the main structural features and the main actors involved in the implementation process of the SAMU192 of Brazil, pointing out the main flaws and positives to this region with the advent of this service. It is about the situation of local workers facing difficulties and pioneering the deployment of a large service for municipalities covered by SAMU192. This search might prove that even with the structuring of national policies of emergencies, the transformation process is the slow steps and in fragmentary form. The SAMU192, as a priority component of PNAU, cannot alone solve all the problems currently faced by the urgent and emergency area. Therefore, identify the advances and setbacks with the consolidation of this service for the Açu Valley region becomes difficult, as if extending the consolidation of SAMU192 in this region. The results found in the reality of a deployment process, in part, differ from results found in the literature, based on the PNAU. Especially in steps of organization of procedure and necessary prerequisites for deployment.

**Keywords:** Emergencies. Regionalisation. Health management. Nursing.



## LISTA DE SIGLAS

**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**CNS** – Conferência Nacional de Saúde  
**PNAU** – Política Nacional de Atenção as Urgências  
**SAMU** – Serviço de Atendimento Móvel as Urgências  
**USB** – Unidade de Suporte Básico  
**USA** – Unidade de Suporte Avançado  
**SESAP** – Secretaria de Estado da Saúde Publica  
**CEP** – Conselho de Ética em Pesquisas  
**ACLS** – AdvansedCardic Life Support  
**TCLE** – Termo de Consentimento Livre Esclarecido  
**COFEN** – Conselho Nacional de Enfermagem  
**CAPS** – Caixa de Aposentadoria e Pensões  
**IAPS** – Instituto de Aposentadoria e Pensões  
**INPS** – Instituto Nacional da Previdência Social  
**PPA** – Plano de Pronta Ação  
**FAS** - Fundo de Apoio ao desenvolvimento Social  
**MS** – Ministério da Saúde  
**MRSB** – Movimento da Reforma Sanitária Brasileira  
**SANDU**- Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência  
**DERSA**- Desenvolvimento Rodoviário S.A  
**ABEN** – Associação Brasileira de Enfermagem  
**APH** – Atendimento Pré-Hospitalar  
**LOS** – Lei Orgânica da Saúde  
**NOB** – Normas Operacionais Básicas  
**ESF** – Estratégia Saúde da Família  
**CONASS** – Conselho Nacional de secretários Estaduais de Saúde  
**CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
**UTI** – Unidade de Terapia Intensiva  
**SIM** – Sistema de Informação de Mortalidade  
**CIT** – Comissão Integradora Tripartite  
**NEU** – Núcleo de Educação em urgências  
**EUA** – Estados Unidos da America  
**SIH** – Sistema informação hospitalar  
**APVP** - Anos Potenciais de Vida Perdidos  
**SMUR** - Serviço Móvel de Emergência e Reanimação  
**ATLS** - Advanced Trauma Life Support  
**PHTLS** - Prehospital Trauma Life Support  
**SE** – Sala de Estabilização  
**HRNIS** – Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos  
**UPA** – Unidades de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA .....	11
1.2 HIPOTESE .....	14
1.3 JUSTIFICATIVA .....	15
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL .....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	<b>16</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
3.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	17
3.2 A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AS URGÊNCIAS.....	22
<b>3.2.1 Aspectos Epidemiológicos</b> .....	22
3.3 OS MODELOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NO MUNDO E A CONFORMAÇÃO DO MODELO BRASILEIRO.....	24
<b>3.3.1 Histórico dos atendimentos móveis de urgência e da regulação médica de urgência</b> .....	24
<b>3.3.2 A conformação do atendimento pré-hospitalar brasileiro</b> .....	27
<b>3.3.3 A implantação do componente pré-hospitalar móvel a partir da política nacional de atenção as urgências</b> .....	31
<b>3.3.4 O SAMU192 e suas competências</b> .....	33
<b>3.3.5 A organização da rede a partir das centrais de regulação do samu192</b> .....	35
<b>3.3.6 O processo de implantação do SAMU192 no Rio Grande do Norte e seu processo de regionalização</b> .....	37
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>39</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	39
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	39
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	40
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....	41
4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	41
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	42
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4.8 FINANCIAMENTO DA PESQUISA.....	44
<b>5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
5.1 CARACTERÍSTICAS DA OPERACIONALIZAÇÃO DE BASES REGIONALIZADAS DO SAMU192 COM DESTAQUE AO PROCESSO REALIZADO NO VALE DO AÇU.....	4
5.2 A CONSOLIDAÇÃO DO SAMU192 NO VALE DO AÇU E OS PRINCIPAIS AVANÇOS E RETROCESSOS NO ATENDIMENTO AS URGÊNCIAS NESTA REGIÃO .....	50
<b>5.2.1 A porta de entrada descrita como a principal fragilidade apontada pelos profissionais do SAMU192 do Vale do Açu</b> .....	<b>51</b>

<b>5.2.2 O contexto dos profissionais mediante as condições de trabalho no SAMU192 do Vale do Açu.....</b>	<b>54</b>
5.3 A REDE DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS DO VALE DO AÇU FRENTE ÀS PRECONIZAÇÕES MINISTERIAIS A PARTIR DA PNAU .....	56
<b>6CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>59</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>61</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>73</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Os modelos organizacionais dos serviços de saúde no Brasil passaram por profundas transformações com significativa expansão da assistência oferecida à população. O Sistema Único de Saúde (SUS) é resultado de intensas lutas oriundas do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que teve início nos anos 1970 como movimento contra-hegemônico aos modelos de saúde ora propostos.

A Reforma Sanitária foi – e segue sendo – uma proposta de restauração dos modelos assistenciais e a conformação de um projeto político-cultural consistente com princípios expostos no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, e muitos dos quais incorporados ao texto constitucional. Defende um conjunto de políticas articuladas, que incluem a consciência sanitária, a defesa da participação cidadã e a vinculação da saúde com lutas políticas e sociais mais amplas (PAIM, 2009).

Neste novo contexto social conquistado com o fim da ditadura, os modelos assistenciais em saúde vêm se moldando ao longo da implementação do SUS, aprimorando as propostas inovadoras de gestão dos serviços de saúde e a busca pela democratização das políticas de saúde com ênfase na descentralização, universalização e integralidade. Nesta acepção, os esforços da sociedade no sentido de democratizar o acesso aos serviços de saúde começam a impulsionar a criação de um sistema único de saúde destinado a toda população e financiado com recursos arrecadados através de impostos pagos pelos mesmos (FEUERWERKER, 2005).

Este novo sistema é baseado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, obedecendo às diretrizes organizacionais da regionalização, hierarquização, descentralização, participação social e humanização, além da complementaridade do setor privado. Estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à

redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso às ações a aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

Tal modelo tecnoassistencial segue sendo descrito pela figura clássica de uma pirâmide, na qual a ampla base representa um conjunto de unidades de saúde responsável pela atenção primária e porta de entrada do sistema. Na parte intermediária estariam localizados os serviços de atenção secundária, como os serviços ambulatoriais e de apoio diagnóstico e terapêutico. O topo da pirâmide representa os serviços de alta complexidade, tendo no seu vértice os hospitais terciários ou quaternários de caráter regional, estadual ou, até mesmo, nacional (CECILIO, 1997).

Na realidade, a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a “porta de entrada” mais importante para o sistema, sendo os serviços de urgência/emergência e ambulatórios a principal porta de entrada. Uma vez que as pessoas, diante de suas necessidades, acabam acessando o sistema por onde é possível, contrariando o modelo sob a forma de uma pirâmide (CECILIO, 1997).

Desde então os serviços de atendimentos às urgências passaram a ser pressionados pelas dificuldades de acesso nos demais níveis de atenção à saúde, além dos aspectos epidemiológicos de crescimento da população, o aumento da morbimortalidade por traumas e violência, as mudanças demográficas e sociais e a má utilização dos serviços emergenciais e das portas de entrada da alta complexidade (CABRAL; SOUZA, 2008).

Historicamente, os serviços emergenciais vêm sendo objeto de algumas iniciativas do governo federal. Uma série de portarias com o objetivo de reforçar estes serviços foi idealizada, dentre as quais se destacam a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), a priorização estratégica da implantação dos Serviços de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU192) e o princípio da integralidade neste serviço (VIEIRA; MUSSI, 2008).

Com a implantação da PNAU, um novo cenário é construído envolvendo a incorporação de uma rede integral de atenção às urgências, compreendendo os serviços pré-hospitalares fixos e móveis, hospitalares e pós-hospitalares (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2010).

No Brasil, a priorização da implantação do SAMU192 adveio da disponibilidade deste serviço em regulação do sistema de abrangência municipal ou

regional, devidamente articulado com as demais centrais existentes e sua capacidade de monitorar, de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo seu funcionamento(O'DWYER, 2010).

Os SAMU192 são compostos pelas centrais reguladoras, dois tipos de ambulância, a unidade de suporte básico (USB), composta pelo condutor socorrista, técnico de enfermagem, sob orientação dos médicos das centrais e a unidade de suporte avançado (USA), incluindo condutor socorrista, médico e enfermeiro(SAMU192, 200?)<sup>1</sup>.

No atendimento hospitalar móvel francês, que serviu de inspiração para o modelo brasileiro, só atuam ambulâncias com médico. Diferente das centrais de regulação brasileiras que, quando acionadas pelo número de telefone 192, os médicos reguladores designam as ambulâncias apropriadas para cada atendimento(MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2010).

O processo de implantação do SAMU192 requer planejamento das necessidades de atendimento da população versus os recursos disponíveis para satisfação dessas necessidades. Requer ainda uma avaliação crítica das políticas operantes, das habilidades e das competências dos profissionais, incluindo a oferta de programas educacionais permanentes e do arranjo do próprio público, no intuito de prepará-lo para usufruir dos benefícios deste serviço. Outro ponto que merece destaque é a organização da rede de atenção pública com recursos para receber o paciente caso a complexidade do atendimento não esteja ao alcance do grau de resolubilidade do SAMU192 (VIEIRA; MUSSI, 2008).

Neste último caso, o Ministério da Saúde (MS) estimula a organização regionalizada dos SAMU192, com o objetivo tanto de incluir municípios menores nas redes de atendimento às urgências, quanto na perspectiva de melhorar e qualificar o atendimento às urgências da população de uma área delimitada.

A proposta de regionalização está ligada à expansão e à democratização do acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros. O SAMU192 transforma a verticalização do modelo assistencial atual em círculo tirando o hospital do “topo” da

---

<sup>1</sup> Manual do Núcleo de Educação em Urgência da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina para treinamento dos profissionais do SAMU192. Disponível no site [http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila\\_do\\_samu\\_santa\\_catarina.pdf](http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf)

posição, como a pirâmide induz, e recoloca a relação entre os serviços de forma mais horizontal ou como parte de uma rede.

A implantação de uma base descentralizada do SAMU192 no município de Assú/RN surgiu da necessidade de agilizar e melhorar os atendimentos às urgências no interior do Rio Grande do Norte. A regionalização do SAMU192 Oeste no Vale do Açu deve atender os municípios da 8ª regional de saúde do estado que compreende além do Assú, os municípios de Angicos, Alto do Rodrigues, Carnaubais, Fernando Pedrosa, Itajá, Ipanguaçu, Paraú, Porto do Mangue, São Rafael, Triunfo Potiguar e Pendências.

Assú é uma das primeiras cidades do Vale do Açu a ser contemplada com duas ambulâncias, uma de suporte avançado e outra de suporte básico. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP), a expectativa é que mais seis ambulâncias de suporte básico sejam entregues para o restante dos municípios que compõem o SAMU192 Oeste. Conforme a SESAP, os profissionais que atuarão nas ambulâncias de Assú estão sendo capacitados pelas equipes do SAMU192 Mossoró e Corpo de Bombeiros.

Diante disso, questiona-se: até que ponto a implantação do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel na região do Vale do Açu tem seguido os parâmetros estabelecidos pelas regulamentações ministeriais com vistas à organização da rede?

## 1.2 HIPÓTESE

O processo de implantação do SAMU192 se configura como um modelo de transição dos serviços de emergência, associando-os com os sistemas locais existentes devendo obedecer às diretrizes da política nacional de atenção às urgências, visando responder as necessidades da população contemplada com esse serviço. Na região do Vale do Açu, o SAMU192 implantado recentemente não opera junto ao centro regulador do SUS, desconsiderando os parâmetros de hierarquização, regionalização, integralidade e composição de bases de dados. Isso gera respostas

mais lentas e não classificatória aos usuários, além do custeio financeiro não direcionado.

### 1.3JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa aborda a área de urgência e emergência que constitui um importante componente de assistência à saúde e o conhecimento acerca das políticas ministeriais que regem estes serviços, além das ações gerenciais em enfermagem como perspectiva de ampliar as habilidades e as possibilidades de trabalho neste campo. É um subsídio de pesquisa em enfermagem, pois amplia a visão do enfermeiro sobre a implantação das políticas nacionais de atenção às urgências, contribuindo para a formação de opiniões críticas por parte desses profissionais.

Esta pesquisa destaca ainda os interesses da sociedade que deve tomar posse de informações sobre a assistência emergencial gratuita dentro e fora do âmbito hospitalar e dos seus direitos às condições de acesso a serviços de saúde que possam assegurar competências técnico-científicas para sua sobrevivência. Cabe ressaltar a importância dessa pesquisa para a região do Vale do Açu como incentivo ao processo de implementação dos serviços do SAMU192.



## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a implantação do SAMU192 regional no Vale do Açu a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de implantação da base regionalizada do SAMU192 no vale do Açu a partir da análise dos discursos de gestores e trabalhadores;
- Identificar a rede de serviços de atendimento às Urgências na região do Vale do Açu;
- Identificar possíveis avanços e retrocessos existentes na consolidação do atendimento às Urgências, a partir da PNAU, com a implantação do SAMU192 regional de Açu a partir da análise dos discursos de gestores e trabalhadores.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Historicamente, as políticas de saúde advêm de uma resposta às necessidades populacionais, condições de vida de uma sociedade, bem como das lutas que são travadas na arena social pelos mais diversos atores sociais, econômicos e políticos. Neste sentido, os fatos sociais têm contribuído para intervenções de cunho populacional, do estado e demais atores. (FEUERWERKER, 2005)

O modelo atual de assistência tem suas raízes históricas nas tentativas de se fazer saúde do século XIX. Neste período, as transformações econômicas associadas às epidemias e doenças de massa, como a tuberculose, propuseram iniciativas de caráter sanitaristas com interesses, principalmente, econômicos prevalecendo o capital em detrimento da saúde da população (FERNANDES; BARRÊTO, 2003).

O surgimento e desenvolvimento do chamado sanitarismocampanhista tinha como propósito apoiar o modelo econômico agrário-exportador. Assim buscavam de qualquer forma garantir melhores condições de saúde para os trabalhadores do setor (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

À medida que ocorria a ampliação do quadro de trabalhadores assalariados, acentuavam-se as intervenções do estado no setor da saúde, sendo implantada em 1923 a Previdência Social, exclusivamente, para profissionais que por ventura sofressem acidente de trabalho. Sendo mais tarde adotada pelo setor privado com criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) (COHN; ELIAS, 1996).

As CAPs passam a ser uma iniciativa significativa de incentivo aos serviços de atenção médica individual no setor da saúde, porém restringindo-se apenas aos assalariados através do credenciamento médico. Ao estado caberiam ainda as responsabilidades de saúde coletivas no combate as endemias e epidemias. A saúde então se torna restrita a uma pequena parte da sociedade assalariada, tendo então que contribuir com uma parcela de seu salário (FERNANDES; BARRÊTO, 2003).

O modelo das CAPs se mantém até a década de 1930, onde a crise econômica mundial reflete diretamente no sistema previdenciário brasileiro, levando o país a buscar novas formas de inserção no mercado capitalista. Neste período, as CAPs são absorvidas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), que são criados separadamente de acordo com cada categoria de trabalho (COHN; ELIAS, 1996).

Os IAPS caracterizavam-se como entidades de grande porte que abrangiam os trabalhadores agrupados de acordo com sua classe de trabalho (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Em meados dos anos 1950, o processo de industrialização e aumento da massa operária, principalmente através do processo migratório, resulta num crescimento do volume de recursos tanto em aparato institucional como em clientela a ser atendida, havendo constantes movimentos de revolta dos assalariados junto aos democratas populistas contra o sistema previdenciário. Exigiam que, como financiadores exclusivos, tivessem o controle de seus investimentos (FERNANDES; BARRÊTO, 2003).

Em 1966 com a substituição dos IAPS e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sob domínio da classe médica, a multiplicidade de IAPS foram uniformizadas, firmando previdência social como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Neste sentido, o Modelo Médico-Assistencial Privatista passa a ser caracterizado pela prática médica curativista, individual e especializada, com crescimento notório dos hospitais e seus equipamentos gerando lucro no setor da saúde e propiciando a capitalização da medicina (FERNANDES; BARRÊTO, 2003).

O aumento na demanda para atenção médica incentiva o Estado na criação do Plano de Pronta Ação (PPA) e do Fundo de Apoio ao desenvolvimento Social (FAS) para expansão da contratação do setor privado e da construção de novos estabelecimentos de saúde (MENDES, 1995).

O FAS emprestava dinheiro a juros subsidiados para construção de hospitais privados em troca de serviços para população. Já o PPA foi um conjunto de ações que permitia o acesso gratuito às urgências permitindo o atendimento ambulatorial a toda a população (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

As atividades de saúde pública até então desarticuladas da assistência individual evidenciava os limites da biomedicina. Sobretudo nas doenças advindas das transformações da sociedade, como a violência e as doenças psicossomáticas que interferiam nos processos individuais e biológicos do adoecer (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Em 1975 as propostas da III Conferência Nacional de Saúde (CNS) são aprovadas sendo criada a municipalização dos serviços de saúde pela Lei nº 6.229/95. Cabendo aos municípios a manutenção dos serviços ambulatoriais de urgência, da vigilância epidemiológica e da articulação dos serviços locais com o sistema Estadual e Federal (FERNANDES; BARRÊTO, 2003).

Considerando os avanços da municipalização em 1977, o MS reconhece a necessidade de estruturar uma rede de serviços básicos nos municípios. E em 1978 é realizado o primeiro encontro municipal do setor saúde, concluindo que a atenção primária à saúde é prioridade dos municípios deixando os casos mais complexos (atendimentos secundários e terciários) para a União e para os Estados (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

[...] a partir da década de 1980, várias experiências de governo originaram correntes tecno-políticas que contribuíram sobremaneira na avaliação do que vinha sendo feito e na sugestão de elementos importantes na organização de modelos assistenciais coerentes com as escolhas técnicas, éticas e políticas daqueles que queriam a universalização da saúde (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007 p.3).

As experiências alternativas estruturaram-se a partir dos anos 1970, principalmente nos bairros periféricos de pequenas cidades do interior e povoados rurais. Tais experiências integravam-se a projetos de conceitos mais amplos de educação popular (VASCONCELOS, 2001).

O acrescentamento de recursos para a medicina curativa ameaçava o sistema previdenciário. Neste contexto, formavam-se novos julgamentos acerca da necessidade de repensar as políticas de saúde, sobressaindo às ideias de propostas pelo Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e repercutindo no interior do governo (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

O Movimento Sanitário Brasileiro, enquanto movimento contra-hegemônico na área da saúde, teve forte impulso nos anos 1970 e início dos anos 1980, sendo chamada pelo sanitarista Carlos Chagas de processo da reforma sanitária (FERNANDES; BARRÊTO, 2003).

Tal movimento constitui-se como elemento precursor da democratização das políticas de saúde no Brasil. Originária da reforma sanitária italiana, envolveu diversos atores sociais em defesa de um sistema único de saúde. Ressaltava que a defesa da saúde é a defesa das próprias condições de vida (FERNANDES; BARRÊTO, 2003).

O MRSB destacava a importância da assistência primária de saúde em meio à luta contra a ditadura militar. O idealismo da reforma sanitária foi o grande indutor da VIII CNS, cujas recomendações foram incorporadas pela Constituição Federal de 1988 (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

A interação de diversos atores sociais passa a existir não apenas na definição de estratégias globais do serviço, mas também para enfrentar os pequenos problemas de saúde. A luta a partir da articulação com diferentes formações transforma aos poucos as práticas de saúde (VASCONCELOS, 2001).

As discussões da VIII CNS em março de 1986 propuseram mudanças baseadas no direito universal à saúde, equidade, descentralização e participação popular. Foi a conferência que envolveu um grande número de diferentes atores sociais, incluindo, além das autoridades em saúde, representantes do Estado, os líderes de comunidade. A VIII CNS produziu um relatório que subsidiou decisivamente a Constituição Federal de 1988 nos assuntos da saúde (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

O texto da Constituição Federal de 1988 deu nova forma à saúde no Brasil, estabelecendo-a como direito universal e sendo dever do Estado promovê-la. Reorganizando-a em um Sistema Único de Saúde (SUS) norteado pelos princípios da integralidade, da equidade, da promoção da saúde, prevenção de doenças, cura e controle de agravos e reabilitação. Constituindo-se, assim, uma rede hierarquizada de serviços, devendo oferecer tecnologias complementares entre si, em diversos níveis de complexidade, conforme a necessidade dos usuários (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Sobre a ótica de Silva Júnior; Alves (2007), este novo modelo assistencial conquistado propõe a combinação entre um novo método de governar as instituições e uma nova geometria para as organizações. Como subsídio para discussão, vigilância e controle pela sociedade, surgem as Leis Orgânicas da Saúde (LOS), cabendo a elas definir as atribuições de cada esfera do governo e as fontes de recursos, assim como a distribuição dos mesmos.

A LOS 8.080/90 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta as ações do SUS, é complementada pela LOS 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990, que trata do envolvimento da comunidade na condução das questões da saúde criando as conferências e os conselhos de saúde em cada esfera de governo, como instâncias colegiadas orientadoras e deliberativas. A LOS 8.142/90 ainda define as transferências de recursos financeiros diretamente de fundo a fundo sem a necessidade de convênios (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

O MS também editou sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs), definindo os aspectos operacionais, sobretudo, nos aspectos decisórios do financiamento e estruturação do modelo de atenção. As NOBs diminuíram a susceptibilidade do SUS a possíveis ataques, impuseram legitimidade democrática ao sistema, incorporando a participação de novos atores. (GERSCHMAN; SANTOS, 2006) “Particularmente importante para a municipalização, foi a NOB de 1996 de fato só implementado em 1998, que definiu modalidades de gestão” (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006 p.5).

Em meados da década de 1990 foi incorporada ao SUS uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia Saúde da Família (ESF), financiada pelo MS como forma de maximizar a atenção primária. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Sob a ótica de Feuerwerker (2005), as ESF são compreendidas de acordo a portaria nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, aprovada pelo MS e os representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), como ESF que trabalham num território compreendido não somente

como uma área geográfica, mas incluindo toda a complexidade das relações sociais e econômicas estabelecidas em seu meio.

Ainda sob a ótica desta mesma autora, podemos afirmar que desde sua implantação, o SUS vem conseguindo superar obstáculos importantes. Uma vez que, em tempos de políticas de redução do Estado e de desfinanciamento dos setores sociais, os serviços públicos de saúde foram constantemente expandindo-se, crescendo o número de trabalhadores no setor, abrangendo todos os municípios do país e, a duras penas, se conseguiu assegurar recursos mínimos para o setor.

Atualmente o SUS encontra-se descentralizado, com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social. Não é um sistema hegemônico, e está em plena construção (PAIM, 2009).

Embora a legislação do SUS não tenha tratado, especificamente, da atenção às urgências, definiu as competências de cada gestor (federal, estadual e municipal) e aos respectivos Conselhos de Saúde a autonomia para criação e aplicação de medidas, normas técnicas e estratégias, visando a sua implantação e implementação. Garantiu as diretrizes de universalidade e de igualdade de acesso e da integralidade de assistência (SANTOS et al., 2003).

## 3.2 A CONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

### 3.2.1 Aspectos epidemiológicos

O pensamento epidemiológico influencia diretamente nas políticas públicas, uma vez que evidenciam as deficiências e favorecem a tomada de decisão adequada às necessidades de uma determinada região.

Um marco na evolução epidemiológica dos atendimentos emergenciais, sem dúvidas, está correlacionado à substituição das doenças transmissíveis pelas doenças de causas externas. (BARROS et al., 2009)

O aumento dos casos de acidentes e violência tem forte impacto sobre o SUS. Sobretudo nos gastos realizados com internação hospitalar, assistência em UTI e a alta taxa de permanência hospitalar destes pacientes. Nos últimos anos, houve o aumento de 30% no índice APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) em relação às causas externas, enquanto que por causas naturais este dado encontra-se em queda. (BRASIL, 20-?)<sup>2</sup>

A vigilância epidemiológica das causas externas ocorre através dos registros obtidos pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e pelo Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Através do SIM e do SIH é possível descrever os principais tipos de causas externas que determinam as mortes e internações, respectivamente. Estes serviços de monitoramento não abrangem as lesões de menor gravidade que não necessitam de internações, nem levam ao óbito. Entretanto, são responsáveis por uma parte da demanda dos atendimentos emergenciais (MASCARENHAS et al., 2006).

Em 2006, o MS implanta uma rede de serviços bem mais estruturada na tentativa de ampliar os registros epidemiológicos dos atendimentos emergenciais. A rede de Serviços Sentinela de Vigilância de Violência e Acidentes (REDE VIVA) tem dois objetivos principais: registrar os atendimentos emergenciais de pequena gravidade por causa externa, independente de hospitalização; ou óbito e registros da violência sexual e/ou doméstica (Brasil, 20-?).

Com base no perfil epidemiológico dos atendimentos emergenciais, algumas causas são destacáveis no processo de construção de políticas e ampliação dos serviços de urgência e emergência. Uma dessas principais causas é o aumento do número de acidentes, da violência urbana, as chamadas causas externas (VIEIRA; MUSSI, 2007).

As estatísticas do MS apontam as causas externas como a terceira maior causa de morte no país, sendo classificada em lesões intencionais e não intencionais. As lesões intencionais são em grande maioria representadas pelas agressões, homicídios, suicídios e negligências. Já os afogamentos, quedas, queimaduras, dentre outros podem ser caracterizados como não intencional (MASCARENHAS et al., 2006).

---

<sup>2</sup> Documento eletrônico sem data de publicação



O aumento do índice de doenças crônico-degenerativas também evoluiu a demanda dos atendimentos emergenciais, especialmente as doenças cardiovasculares, que constituem uma das principais causas de morte no Brasil atualmente. Cerca de 30% dos óbitos para todas as faixas etárias (BARROS et al., 2009).

As pressões sobre os serviços de emergência ainda sofrem aumento em face às mudanças demográficas, sobretudo pelo envelhecimento da população, aumentando o risco de morbidade pela população idosa (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2010).

Há também uma transposição da carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos, predominando o aumento da mortalidade nos jovens e aumento da morbidade nos grupos mais idosos (BARROS et al., 2009).

### 3.3 OS MODELOS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL NO MUNDO E A CONFORMAÇÃO DO MODELO BRASILEIRO

#### **3.3.1 Histórico dos atendimentos móveis de urgência e da regulação médica de urgência**

Os primeiros vestígios de atendimento às urgências no local da ocorrência aconteceram no período das grandes guerras, por volta do século VIII, na era napoleônica. Neste período, um corpo de cavaleiros era encarregado de remover feridos nas batalhas, para serem atendidos por médicos, longe dos campos de batalha. Servindo assim como discussão da convenção de Genebra em 1859, onde se originou a Cruz Vermelha Internacional que, ao longo do tempo, demonstrou a necessidade de atendimento rápido aos feridos, tendo sua atuação destacada nas Guerras Mundiais do século XX (LOPES; FERNANDES, 1999).

Nos Estados Unidos, em 1864, é criado o sistema organizado de socorro à população civil (Railway Surgery - USA), objetivando prestar cuidados médicos às vítimas do trauma durante as viagens de trem. Mais tarde, em 1865, implanta os serviços de ambulância pelo exército americano (SAMU192, 200?).

Em NovaYork, por volta dos anos de 1869,são criados os serviços de ambulância através de carruagem puxada por cavalos. Acontecendo, um ano mais tarde, o primeiro registro de transporte aero-médico por meio de balão de ar quente, pelo exército prussiano em Paris (SAMU192, 200?).

No Brasil, somente nos anos de 1893, o Senado da jovem República brasileira aprova a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência na via pública do Rio de Janeiro, que era a capital do país. Assim como no estado de São Paulo, a promulgação do decreto nº 395 de 7 outubro de 1893 estabeleceu a responsabilidade dos médicos do serviço legal da Polícia Civil do estado o atendimento às emergências médicas (RAMOS; SANNA, 2005).

Consta ainda que, em 1899, o Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro punha em ação a primeira ambulância, de tração animal, para realizar os atendimentos móveis da época, fato que caracteriza sua tradição histórica na prestação deste serviço(RAMOS; SANNA, 2005).

Na década de 1950, em Paris, o professor Cara institui o primeiro Serviço Móvel de Emergência e Reanimação (SMUR), tendo como missão inicial a assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e a manutenção da vida dos pacientes submetidos a transferências inter-hospitalares(LOPES; FERNANDES, 1999).

Durante a década de 1950, o Brasil dá um grande salto nas atividades pré-hospitalares criando o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), órgão da então secretaria municipal de higiene de São Paulo. Serviço esse ainda sem regulação (BRASIL, 1999).

Por volta dos anos de 1965, o Ministério de Saúde Francês impõe a certos centros hospitalares o uso de meios móveis de socorro de emergência. Neste contexto, os Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) são criados, na expectativa de aumentar as chances de sobrevivência dos pacientes, iniciando-se pelos cuidados básicos e avançados essenciais, cuidados estes centrados na reestruturação da ventilação, respiração e circulação adequadas (LOPES; FERNANDES, 1999).

Em 1968, o SAMU Francês comporta um centro de regulação médica dos pedidos da população, tendo as suas regras regulamentadas em decreto. Neste

período, também se configurou, definitivamente, os princípios do atendimento pré-hospitalar existentes até hoje (LOPES; FERNANDES, 1999).

Mais tarde a comissão sobre EMS (Emergency Medical Service) é criada pela Associação Médica Americana, registrando o primeiro treinamento médico de emergência. Surgiram assim os cursos conhecidos até os dias atuais, o ACLS (AdvanceCardiologic Life Support), desenvolvido pela Associação Americana de Cardiologia, o ATLS (Advanced Trauma Life Support) e o Prehospital Trauma Life Support (PHTLS). (SAMU192, 200?).

A partir de 1976 o setor privado ligado aos serviços públicos, por meio da empresa de Desenvolvimento Rodoviário S.A. (DERSA), implantou o sistema de ajuda ao usuário nas rodovias, que tinham como característica o posicionamento de uma ambulância, composta por um motorista e um atendente de primeiros socorros, capacitados pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) com curso de reciclagem. Funcionava com recursos financeiros vindo da Previdência Social e pela arrecadação dos pedágios (RAMOS; SANNA, 2005).

Ainda com base na literatura deste autor, na década de 1980, São Paulo já contava com um serviço destinado ao atendimento às urgências/emergências; o “192”, número telefônico pelo qual se chamava o serviço. Serviço este que, sem equipes específicas e frota de ambulâncias insuficiente, era considerado ineficaz. Por este motivo, este serviço teve mais evidenciado um caráter de remoção inter-hospitalar e domiciliar que propriamente de atendimento às vítimas.

Um ano depois, em 1981, se constituíram, informalmente, um grupo de médicos, representantes dos prontos-socorros dos hospitais municipais de São Paulo, que propôs além do atendimento na via pública, um sistema de referência para encaminhamento dos acidentados aos locais próximos das ocorrências. Assim surgia uma sugestão de territorialização e integração dos serviços de atendimento imediato e internação, com a elaboração de normas e ficha padrão para o encaminhamento das vítimas. Em 1983, este grupo é oficializado como a Comissão de Coordenação de Recursos Assistenciais de São Paulo (CRAPS) (RAMOS; SANNA, 2005).

No estado do Rio de Janeiro, em 1986, foi criado o Grupo de Emergências do Corpo de Bombeiros do Estado pela secretaria de estado da Defesa Civil. Este grupo era composto por um médico e dois enfermeiros, além do motorista e

dezenove ambulâncias de Unidades Móveis de Terapia Intensiva (UTI) (RAMOS; SANNA, 2005).

O primeiro serviço de atendimento pré-hospitalar no Brasil ocorre em Santa Catarina, ainda sem a presença de médico, contando com a participação de grupos socorristas. Somente em 1989, após um acordo assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação do MS, deu origem ao Serviço de Atendimento Móvel às Urgências, em São Paulo (SAMU192, 200?).

No início dos anos 1990, foi implantado, em São Paulo, o Sistema de Atendimento Pré-Hospitalar (APH) na Corporação dos Bombeiros, com pessoal treinado em suporte básico e suporte avançado à vida. Sendo a equipe de suporte avançado composta por um médico e uma enfermeira (RAMOS; SANNA, 2005).

Durante toda a década de 1990, os SAMUs começam a expandirem por várias capitais brasileiras, culminando na criação de portarias ministeriais importantes para a área. “Em 2005, o SAMU-192 funcionava em 784 municípios brasileiros de 25 Estados, com 101 centrais de regulação, atuando com equipes especializadas, em sintonia com centrais de controle de leitos nos hospitais.” (CABRAL; SOUZA, 2008 p.531)

### **3.3.2 A conformação do atendimento pré-hospitalar brasileiro**

A consolidação do SUS trouxe consigo a elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos e uma proposta de ampliação, não apenas dos conceitos de saúde como também nas políticas locais (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Durante o fim da década de 1980 e início da década de 1990, as práticas assistenciais mantiveram a dicotomia entre o preventivismo e o assistencialismo com desenvolvimento da atenção básica à saúde. Neste contexto, Santos (et al., 2003) afirma não haver espaço para discussões sobre a atenção às urgências. Assim, as ações de atenção secundária ou terciária cabiam aos grandes centros, que por sua vez tornavam-se sobrecarregados. “A superlotação nas emergências aumenta o risco

de mortalidade para os casos atendidos com atraso e causa descontentamento para os demandantes, independente da gravidade do caso” (O’ DWYER, 2010 p.2396).

A atenção às urgências, ao longo da existência do SUS, continuou centrada nos hospitais constituindo uma realidade da maioria dos grandes centros urbanos até hoje (SANTOS et al., 2003).

Os tradicionais prontos-socorros, abertos nas 24 horas do dia, acabam por funcionar como porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo as urgências propriamente ditas, e as demais falsas urgências sociais, ou seja, os atendimentos de pequena complexidade, porém compreendidos pela sociedade como grave. Tais demandas misturam-se, superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. Qualidade essa que ainda é agravada por problemas organizacionais destes serviços (BRASIL, 2006).

Este cenário de sobrecarga dos serviços emergenciais prestados relacionados às modificações no perfil epidemiológico de morbi-mortalidade da população exigiu a estruturação de um serviço de urgência e emergência que fosse capaz de atingir a demanda, minimizar os gastos públicos voltados para este sistema com as internações hospitalares (CABRAL; SOUZA, 2008).

Para a reorganização e regulação dos serviços de urgência e emergência no âmbito do SUS, foram propostas as denominadas bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), sendo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) selecionado como primeira estratégia de implementação dessa política (O’DWYER, 2010).

Desde então, o MS tem publicado inúmeras portarias para estruturação da PNAU, muitas delas com pouco ou nenhum efeito. Em 1998, foi publicada a Portaria GM/MS nº 2.923 de 08 de junho de 1998, determinando os investimentos para o setor. Em 1999 a portaria nº 479 de 15 de abril de 1999 que impôs rígidos requisitos para cadastramento dos hospitais para habilitação dos mesmos (SAMU192, 200?).

Mesmo não existindo uma política nacional estruturada para a área, os debates de 1998 até 2002 subsidiaram sua formulação através das discussões sobre experiências internacionais, de municípios específicos e do Corpo de Bombeiros no atendimento às urgências no País (MACHADO; FERREIRA; O’DWYER, 2010).

Havia um consenso em relação à necessidade de intervir nos serviços de urgência e emergência pelos grupos de interesse internos ao governo, sobretudo, o

Conselho Nacional de Saúde (CNS), o CONASS, o CONASEMS e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT). Ambos assumiam essa discussão e contribuíam no processo de formulação de uma política para esta área (O'DWYER, 2010).

O MS lança em 2001 a portaria nº 814 de 01 de junho de 2001, que é considerada como precursora da portaria nº 2048 05 de novembro de 2002, a qual institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência (SAMU192, 2002?).

A Portaria nº 2048 estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas de urgência, a estruturação dos sistemas locais de atenção às urgências, dentro dos preceitos da NOAS-SUS, e estabelece as diretrizes da regulação médica das urgências, do atendimento pré-hospitalar fixo e Móvel, do atendimento às urgências no âmbito hospitalar, das transferências e transporte inter-hospitalar e dos trabalhos dos Núcleos de Educação em Urgências (NEUs) (BRASIL, 2006).

Tal portaria define os atendimentos pré-hospitalares como aquele que chega à vítima nos primeiros minutos após ter ocorrido o agravo de qualquer ordem à sua saúde, sendo-lhe necessário prestar-lhes atendimento imediato e adequado seguido de transporte para o nível de maior hierarquia do SUS (SANTOS et al., 2003).

Somente em setembro de 2003 o MS estabelece a Portaria nº 1.863 GM/MS de 29 de setembro de 2003, que institui definitivamente a PNAU e determina em seu Artigo 3º os componentes organizacionais da rede de atenção integral às urgências. Os componentes são os serviços Pré-hospitalares fixos e Móveis, os serviços hospitalares e pós-Hospitalares. O componente Pré-Hospitalar Móvel sobrevém por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU192) e demais serviços de salvamento e resgate, suas centrais de regulação médicas de urgências e seus núcleos de educação em urgências (VIEIRA; MUSSI, 2007).

Minayo; Deslandes (2008) consideram o componente pré-hospitalar toda e qualquer assistência realizada, direta ou indiretamente, fora do âmbito hospitalar pelos meios e métodos disponíveis, visando à manutenção da vida e à minimização de agravos. São divididos em pré-hospitalar móvel que tem como missão o socorro imediato e encaminhamento para os serviços pré-hospitalares fixos, que são bases fixas de estabilização, ou ainda para o atendimento hospitalar.

A designação do SAMU como primeiro componente a ser implantado foi estratégica, pois propunha a regulação do sistema, a qualificação dos profissionais, além de ser observatório da rede (O'DWYER, 2010).

O SAMU192 passa a ser considerado o principal componente da PNAU, criado no Brasil em 2003, devendo coordenar meios, processos e fluxos que visem garantir a sobrevivência do paciente interagindo com todos os componentes da rede de assistência local à saúde (VIEIRA; MUSSI, 2007).

Até a década de 1990, o corpo de bombeiros atuava no atendimento pré-hospitalar móvel com base no modelo americano. Atualmente, o serviço móvel de urgência brasileiro é influenciado não somente pelo modelo do serviço móvel de urgência americano, como também, em grande parte pelo modelo francês (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Atualmente, no modelo francês, o atendimento é feito, exclusivamente, por médicos nas unidades móveis, cabendo assim, aos bombeiros, o resgate de vítimas com lesões de baixa gravidade e as manobras para a liberação das vítimas presas às ferragens (MINAYO; DESLANDES, 2008).

De acordo Minayo;Deslandes (2008), com o modelo americano, o atendimento é realizado em grande maioria por paramédicos. São profissionais de nível técnico treinados exclusivamente para o atendimento emergencial, aptos para realizar alguns procedimentos de suporte avançado de vida.

“A guerra do Vietnã resultou em uma grande experiência para os EUA na formação de paramédicos, por ser uma guerra de guerrilha, e ser, portanto, impossível contar com profissionais em todas as frentes de combates” (SAMU192, 200?, p.38).

Oficialmente o SAMU192 adotou o modelo francês adequando-se às particularidades nacionais. Alguns dos princípios do SAMU192 brasileiro semelhantes ao francês são o de considerar o auxílio médico de urgência uma atividade sanitária, atuar rapidamente no local do incidente com procedimentos eficazes e adequados, abordar cada caso com cuidados médicos, operacionais e humanitários, trabalhar em interação nas operações de socorro, mas com responsabilidades estabelecidas para cada profissional e realizar ações preventivas em complementação com a ação de urgência (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Apesar deste acordo com a França, a realidade brasileira não permitia a predominância do sistema no molde francês devido à escassez de recursos; havendo necessidade de adaptações à nossa realidade, daí a explicação para mescla dos moldes francês e norte-americano em vários sistemas de atendimento pré-hospitalar em todo Brasil. (RAMOS; SANNA, 2005 p. 357)

As ações de resgates ou situações ameaçadoras são exercidas, de forma constitucional, pelos bombeiros. Estes profissionais da segurança pública trabalham no que diz respeito à saúde do indivíduo e coletividade, no atendimento pré-hospitalar de urgência/emergência, com determinados equipamentos e capacitados assim como autorizados a realizarem tais procedimentos (SAMU192, 200?).

### **3.3.3A implantação do componente pré-hospitalar móvel a partir da política nacional de atenção as urgências**

No Brasil, os serviços de APH foram exercidos de forma incipiente, fragmentados e desvinculados da saúde. A inexistência de políticas de saúde voltada para esta área transferiu estes serviços para os profissionais bombeiros, que foram historicamente reconhecidos como responsáveis por esta prática (SAMU192, 200?).

A inserção dos APH visou à unificação da estrutura e melhora na assistência nas urgências. Cabendo ao MS a implantação do SAMU192 conforme aos princípios propostos pela PNAU (RAMOS; SANNA, 2005).

Em face da prioridade conferida ao SAMU192, o desenho da estratégia se traduziu em instrumentos de indução, como normas federais e mecanismos financeiros (O'DWYER, 2010).

A portaria GM/MS nº 1.864 de 29 de setembro de 2003, institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU, através da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, suas centrais de regulação e seus Núcleos de Educação em Urgências, em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2006).

A implantação dos serviços pré-hospitalares móveis é oficializado pelo MS por meio do Decreto nº. 5.055, de 27 de abril de 2004 (MINAYO; DESLANDES, 2008).



O decreto nº 5055 do GM/MS trata da instituição do SAMU. Estabelece um número telefônico único, o 192. Em seu artigo 3º decide que os Municípios ou regiões que pretenderem aderir ao SAMU deverão requerer ao MS e das Comunicações, que decidirão a assinatura de convênio para a disponibilização do número de acesso nacional, bem como a definição dos procedimentos a serem adotados (BRASIL, 2004).

A PNAU institui pela portaria GM/MS nº 1.828 de 02 de setembro de 2004, o incentivo financeiro para adequação e manutenção da área física, das centrais de regulação médica em estados, municípios e regiões de todo o território nacional. Será, em uma parcela única, transferido de acordo com o porte populacional da área de cobertura do SAMU192 (BRASIL, 2006).

A implantação do SAMU 192 compreende um processo de transição entre os serviços de urgência e emergência hegemônicos, centrada nos atendimentos dos prontos-socorros, e as funções de resgates exercidas pelo Corpo de Bombeiros. Esta transição foi modificada a cada região, uma vez que, os resultados da implantação do SAMU192 dependem das necessidades de cada região (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Os atendimentos pré-hospitalares passam a ser parte de um sistema integral de atenção às urgências, interligando-se a todos os demais serviços SUS. Sendo o SAMU192 responsável pelo resgate às vítimas visando diminuir o tempo resposta entre a assistência e os pacientes vítimas do trauma e urgências clínicas(SAMU192, 200?).

Atualmente os serviços prestados pelo SAMU192 funcionam atendendo a demanda baseada nas necessidades locais, com profissionais adequadamente treinados para o primeiro atendimento das urgências e emergências, com recursos materiais necessários à natureza do tratamento, integração e compatibilidade operativa e de equipamentos dentro do sistema maior de regulação da prestação de serviços de saúde (VIEIRA; MUSSI, 2007).

#### **3.3.4 O SAMU192 e suas competências**

Os serviços de atendimento pré-hospitalar devem ser estruturados, na perspectiva de melhorar, qualificar e ampliar os atendimentos às urgências, devem

diminuir o tempo de internação hospitalar e melhorar os prognósticos de reabilitação (VIEIRA; MUSSI, 2007).

O SAMU192 é composto por equipes de socorro, com diferentes tipos de unidades móveis e suas atribuições e recursos. Este serviço propõe um modelo de assistência padronizado que opera com uma central de regulação, com discagem telefônica gratuita e de fácil acesso ao atendimento de urgência e emergência (CABRAL; SOUZA, 2008).

O SAMU é acionado pelo número telefônico 192, sendo as solicitações atendidas pelas centrais de regulação, cabendo aos médicos reguladores o desígnio das ambulâncias apropriadas para cada atendimento (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2010).

O desígnio destas equipes acontece com base nos protocolos para atendimento de múltiplas vítimas, além de ferramentas operacionais regulares, como os mapas de área de atuação identificando os pontos de apoio das unidades básicas e das unidades de maior complexidade. Consideram ainda as grades de referência e contra-referência dos serviços interligados de urgência do município ou região com lista de todos os telefones, os mapas para capacidade instalada dos serviços de urgência e viária e mapas de risco (CABRAL; SOUZA, 2008).

As dimensões e outras especificações do veículo terrestre deverão obedecer às normas da ABNT – NBR 14561/2000, de julho de 2000, que classificam os tipos de ambulâncias. Assim como os meios alternativos de transporte, como as ambulanchas, para o atendimento de populações ribeirinhas, as “motolâncias”, para áreas remotas ou de tráfego intenso e o transporte aéreo, para situações específicas. (SAMU192, 200?).

É fundamental destacar que a PNAU propõe a assistência a partir de dois tipos de ambulância: a unidade de suporte básico (USB) e a unidade de suporte avançado (USA), sendo a USB composta pelo condutor socorrista, técnicos de enfermagem e material básico para o primeiro atendimento às urgências. Estes devem atuar sob orientação permanente dos médicos e das centrais. Já as USA incluem o condutor socorrista, o médico e o enfermeiro, além de equipamentos para cuidados intensivos, nas situações de risco iminente de vida (O'DWYER, 2010).

As USB são destinadas ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar que não apresente necessidade de

intervenção médica no local ou durante o transporte. As competências dos profissionais da USB são previstas na Lei do Exercício Profissional e são controladas pelo médico regulador. As USA são destinadas ao atendimento e transporte de pacientes com alto risco em urgências pré-hospitalares, que necessitem de cuidados médicos intensivos (SAMU192, 200?).

O atendimento rápido a quadros agudos de natureza traumática e clínica, por meio do envio de ambulâncias de suporte básico e avançado de vida (UTIs Móveis), com equipes de saúde devidamente capacitada, pode contribuir para diminuir significativamente o índice de mortes precoces (VIEIRA; MUSSI, 2007).

Os atendimentos do SAMU192 são classificados como do tipo primário, quando oriundo do cidadão, ou do tipo secundário, também conhecido como transporte inter-hospitalar, quando a solicitação parte do serviço de saúde onde o paciente já tenha sido estabilizado do quadro de urgência ou emergência, mas necessite ser conduzido a outro serviço de maior complexidade (CABRAL; SOUZA, 2008).

As atribuições do SAMU192 compreendem ainda a elaboração de planos de atendimento e realização de simulados com a Defesa Civil e Corpo de Bombeiros, cobertura de eventos de risco, a capacitação de recursos humanos e as ações educativas para a Comunidade, que são de responsabilidade dos NEUs, além da participação no desenvolvimento de programas preventivos junto a serviços de segurança pública e controle de trânsito (SAMU192, 200?).

Outra atribuição importante do SAMU192 é a presteza do atendimento, uma vez que um dos fatores críticos que interfere no prognóstico das vítimas de trauma é o tempo gasto até o tratamento definitivo. Neste contexto, o *Committee on Trauma of American College of Surgeons*, dos Estados Unidos, estabelece o tempo de 20 minutos como intervalo máximo ideal para execução dos primeiros procedimentos, em casos graves (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Ser observatório de saúde e do sistema também é considerado uma atribuição específica do SAMU. Isto, relacionada à sua capacidade de monitorar, de forma dinâmica, sistematizada e em tempo real, todo seu funcionamento (O'DWYER, 2010).

### **3.3.5 A organização da rede a partir das centrais de regulação do SAMU192**

O SAMU192, devido a suas atribuições, constitui uma das portas de entrada do sistema, ao receber demandas da população e evidenciar as deficiências da rede (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2010).

O'Dwyer (2010) afirma que mesmo não sendo a porta de entrada principal e desejada do sistema, o qual ainda considera a rede de atenção primária à saúde a porta principal, é um acesso possível e operativo, já que encaminha o paciente a partir dos recursos da rede para uma resposta definitiva. Assim, abrem-se perspectivas para a estruturação da relação entre vários serviços e a qualificação dos fluxos dos pacientes na rede de atenção às urgências. Tendo, inclusive, a possibilidade de identificar os determinantes e a natureza dos problemas, bem como replanejar, de forma dinâmica, a assistência às urgências e à saúde.

O termo Regulação significa racionalização, ou ainda, racionamento. Sendo assim, necessários a um serviço de urgência, a regulação, ou racionamento das urgências, preservando suas atividades a um nível negociado entre o político e o técnico. Os serviços que não possuem regulação são ineficazes em relação àqueles que são regulados (BRASIL, 1999).

A PNAU faz uma grande aposta no médico regulador e sua atuação para a organização do sistema. Cabe ao médico regulador a autoridade para alocar pacientes dentro do sistema, comunicando sua decisão aos médicos assistentes das portas de urgência, a chamada "vaga zero" para internação (O'DWYER, 2010).

A Central de Regulação do SAMU192 permite que se estabeleça uma porta aberta de comunicação da população com o sistema de saúde, que deve ter o pedido de socorro acolhido, priorizado e atendido no menor intervalo de tempo possível, no local mais adequado à resolução do problema de saúde (VIEIRA; MUSSI, 2007).

A regulação pré-hospitalar objetiva conciliar a esfera técnica receptora à possível patologia inicial a ser encontrada. Neste contexto, classifica a prioridade das urgências, uma em relação às outras gerando o acesso aos recursos disponíveis destes serviços (BRASIL, 1999).

O médico regulador rodeia os serviços e todos os outros níveis de atenção no SUS utilizando o status social prioritário. Suas atribuições derivam de bases éticas para regulação médica, estão expressos na declaração de Lisboa (BRASIL, 1999).

A declaração de Lisboa é um documento aprovado em 7 de dezembro de 1990, que impõe os quatro princípios fundamentais dos direitos do Homem. O primeiro estabelece o respeito de forma absoluta à autonomia da pessoa humana. O segundo propõe oferecer o máximo de benefício de saúde. O terceiro defende o menor prejuízo possível ao indivíduo. E o quarto permeia sobre a distribuição da ajuda da coletividade com critério de justiça (CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DAS II JORNADAS DE EMERGÊNCIA MÉDICA DE LISBOA - 1990)<sup>3</sup>.

Neste contexto, a regulação pode contribuir para estruturar a relação entre os demais serviços da esfera do SUS, bem como descrever o fluxo dos pacientes e identificar os determinantes dos problemas auxiliando no planejamento da assistência às urgências (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2010).

Ter a incumbência de ser observatório da rede reforça, como um dos produtos da regulação, a produção de informações regulares para melhoria do sistema. E o sistema de regulação do SAMU192 fornece um sistema informação estruturado e é uma atividade primordial para a gestão da assistência (O'DWYER, 2010).

Todos os dados de urgência e emergência coletados pela central de Regulação devem ser utilizados para elaboração de uma linha de base descritiva dos serviços de saúde e dos perfis epidemiológicos existentes. Entretanto, atualmente, ainda não há um instrumento oficial para armazenamento de informações das ocorrências atendidas (CABRAL; SOUZA, 2008).

### **3.3.60 processo de implantação do SAMU192 no Rio Grande do Norte e seu processo de regionalização**

---

<sup>3</sup> Documento eletrônico disponível no endereço [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_lisboa\\_etica\\_urgencia\\_medica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_lisboa_etica_urgencia_medica.pdf)

No Rio Grande do Norte (RN), a maior causa de óbitos no ambiente pré-hospitalar nos últimos anos compreende causas externas, prevalecendo os acidentes com transporte terrestre, estando em segundo lugar, os acidentes com motociclistas e carros de passeios, seguidos dos atropelamentos de pedestres. É o que revela um estudo divulgado pelo governo do estado do RN em parceria com a Secretaria Estadual da Saúde Pública (SESAP) e o SAMU Metropolitano de Natal (BARROS et al., 2009).

Mediante o exposto, o MS em parceria com a SESAP implantou, em 2006, o SAMU192 Metropolitano do RN. Localizado às margens da BR 304, na região metropolitana de Natal. Além do atendimento aos moradores dos oito municípios, o serviço também atende vítimas de acidentes nos principais acessos rodoviários federais da região metropolitana de Natal - BRs 101, 226, 406 e 304 (onde está localizada a Central de Regulação Médica) (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Os SAMU192 no RN, contava com 14 unidades móveis de urgência, das quais doze USB e duas USA. Mais tarde, a SESAP elegeu a área das urgências como uma de suas prioridades de intervenção lançando o consórcio público intermunicipal no 1º Encontro Estadual de Municípios do RN. A iniciativa com finalidade de estruturar um sistema integral de atenção às urgências no estado, ampliando a rede SAMU192 para todos os municípios potiguares (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

O SAMU 192 do Estado do Rio Grande do Norte foi implantado por meio da portaria nº 32 de 4 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007).

Atualmente o SAMU cobre 49% de todo o estado do RN, estando presente na cidade de Natal e Mossoró. Segundo a SESAP, para contemplar todos os municípios potiguares serão implantadas 53 bases do SAMU192 e 3 Centros de Regulação, além das 11 Unidades de Suportes Avançado e 64 novas ambulâncias (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

A expectativa da SESAP é que após o processo de regionalização, o SAMU192 do RN encontre-se dividido em quatro macrorregiões, compreendendo além do SAMU192 Metropolitano e do SAMU192 Oeste, a criação do SAMU192 Seridó-Trairí, com uma nova base descentralizada na cidade de Currais Novos (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Assim, a macrorregião metropolitana que atendia apenas oito municípios de Natal, passará a abranger 60 municípios, prestando assistência a uma população de pouco mais de 1 milhão de habitantes. As macrorregiões do oeste e alto oeste ficarão responsáveis por uma área de cobertura em 62 municípios, abrangendo mais de 800 mil habitantes. A Central de Regulação de Mossoró deverá ser ampliada na sua estrutura física, tecnológica e demais recursos materiais e humanos. A nova macrorregião a ser implantada deverá atender uma área de abrangência correspondente a 44 municípios, cobrindo uma população de mais de 467 mil habitantes (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Após a regionalização, em 2008, os SAMU192 regionais ultrapassaram os municipais. Traduzindo-se no movimento de adesão mais precoce dos grandes municípios à estratégia de atenção às urgências, assim como a preocupação do MS em estimular posteriormente a participação dos estados e a organização regionalizada dos SAMU192, com o objetivo de incluir municípios menores nas redes de atendimento às urgências (MACHADO; FERREIRA; O'DWYER, 2010).

A descentralização por meio da municipalização amplia a responsabilidade dos gestores municipais, já que estes são efetivamente os principais prestadores de serviços de saúde e os maiores empregadores de trabalhadores de saúde (FEUERWERKER, 2005).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, com parte em análise documental com uso de registros institucionais. Para Gil (2010), as pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade do pesquisador com o problema para realização de uma pesquisa mais precisa, com vistas a construir hipóteses. É de planejamento flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado.

Os estudos exploratórios são procedimentos sistemáticos para estudo relativamente intensivo de uma determinada unidade para resolubilidade do problema. (MARCONI; LAKATOS, 2010)

O método qualitativo se aplica ao estudo da história, das percepções, e das opiniões do objeto pesquisado, produtos a respeito de como pensam. Trata-se de uma abordagem que se conforma melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. (MINAYO, 2010)

Esta pesquisa buscou complementar através do estudo documental que, para Gil (2010), caracteriza-se como o uso de dados já existentes que são internos à organização pesquisada. Desta forma, os documentos institucionais são aqueles arquivados pela própria instituição pesquisada. Segundo Marconi; Lakatos (2010), este tipo de pesquisa pode trazer dados de um fato ou fenômeno mesmo depois de sua ocorrência, denominada fontes primárias.

### 4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida na base do SAMU192 Regional do Vale do Açu, sediada atualmente na cidade de Itajá no estado do Rio Grande do Norte. A



escolha do local da pesquisa se deu com vistas ao recente processo de implantação dos Serviços Móveis de Urgência no Vale do Açu, permitindo a análise da expansão do SAMU192 pelo processo de descentralização. A semi-estruturação da base do SAMU192 do Vale do Açu permite a comparação de um processo de implantação real com a implantação ideal a partir da preconização da Política Nacional de Atenção às Urgências.

#### 4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fizeram parte da população desta pesquisa apenas os profissionais que trabalham no SAMU192 do Vale do Açu. Sendo inviável a participação dos gestores que estiveram envolvidos na implantação SAMU192 nesta região, devido, inicialmente, à troca de gestão no período da coleta e posteriormente à falta de interesse por parte dos próprios gestores em participar desta pesquisa, uma vez que não responderam às diversas solicitações realizadas através de e-mails.

Para esta pesquisa foram selecionados, intencionalmente, 10 profissionais atuantes no SAMU192 do Vale do Açu separados em dois tipos de amostra. A primeira parte da amostra deveria abranger a coordenação do SAMU192 do Vale do Açu ou do próprio SAMU192 do RN (seria composta por 02 gestores), porém os cargos correspondentes ao de Coordenador e vice-coordenador se encontravam em transição no período de coleta dos dados. Neste contexto, a coordenação geral do SAMU192 do RN foi procurada através de e-mails para complementar a coleta de dados, mas não obtivemos respostas. Já a segunda parte da amostra foi composta por 06 profissionais atuantes no SAMU192 do Vale do Açu respeitando a distribuição pelas classes de trabalho. Quanto à classe médica, não foram coletados dados, uma vez que o SAMU192 do Vale do Açu encontrava-se sem médicos e sem regulação médica. Participaram assim, 02 Enfermeiros, 02 Técnicos de Enfermagem e 02 Condutores socorristas.

Esta pesquisa teve como critérios de inclusão ter participado direta ou indiretamente do processo de implantação do SAMU192 no Vale do Açu desde o início, a voluntariedade em participar da pesquisa assinando o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE(APÊNDICE D) e como critério único de exclusãoa opção, por parte do sujeito, de não participar da pesquisa.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevistas semi-estruturado e um roteiro de captação de dados em documentos. A entrevista é um procedimento utilizado na investigação social para a coleta de dados através de uma conversação face a face de maneira metódica, com o objetivo de determinar as opiniões de algumas pessoas sobre os fatos (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O roteiro de entrevista semi-estruturado é realizado através de perguntas abertas que permitem maior liberdade ao entrevistador para nortear as situações em qualquer direção que julgue melhor para obter seus objetivos.

O roteiro de captação de dados em documentos foi elaborado na forma de formulário enquanto instrumento para aperfeiçoar a escolha dos documentos e a coleta dos dados nos mesmos.

#### 4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para o início da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi primeiramente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE, e após aprovação através do protocolo nº 08/12 e CAAE: 0210.0.351.000-12, foi liberado para ser formalmente realizado.

Os participantes da pesquisa foram primeiramente esclarecidos sobre a justificativa, os objetivos e os possíveis riscos inerentes ao desenvolvimento da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde foram informados sobre o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem obter nenhum prejuízo.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista semi-estruturada, na base atual do SAMU192 do Vale do Açu na cidade de Itajá. Os registros das respostas foram colhidos no momento da entrevista por meio de um gravador de áudio e posteriormente foram transcritos para análise dos dados. As respostas selecionadas para análise dos dados, segundo Lodi *apud* Marconi; Lakatos (2010), deverão atender aos critérios de validade, relevância, especificidade e clareza, profundidade e extensão.

Cada participante manteve sua identidade preservada, sendo atribuídos nomes fictícios para cada classe de trabalho. Sendo assim, atribuído ESS para os Enfermeiros Socorristas do SAMU, TES para os Técnicos de Enfermagem do SAMU e CSS para os condutores socorristas do SAMU.

Os dias, locais e horários das entrevistas foram determinados pela disponibilidade dos participantes, sendo que uma das seis entrevistas foi interrompida devido à saída da equipe para uma ocorrência, a mesma não foi retomada pelo fato de já conter respostas suficientes para os objetivos desta pesquisa. Com finalidade de suporte à obtenção dos resultados desta pesquisa, foi realizada uma consulta a documentos públicos e fontes estatísticas.

#### 4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após coleta dos dados desta pesquisa para orientação no processo de análise, foi utilizado Bardin (2010) como referência principal, abordando a análise de conteúdo com o intuito de ampliar o conhecimento sobre o problema procurando algo que possa estar atrás dos dados coletados. Assim como descrito por Minayo e Deslandes (2010), a técnica de análise de conteúdo permite que o autor interfira na mensagem descrita através de uma análise mais profunda.

A análise de uma entrevista retrata uma riqueza de singularidade e clarezas enganadoras, tornando-se a análise de conteúdo algo delicado, portanto realizado seguindo uma ordem cronológica que compreende uma pré-análise, a exploração do material e a interpretação (BARDIN, 2010).

Inicialmente, foi realizada uma leitura flutuante seguida de formulação de hipóteses dos dados para então elaboração dos indicadores. Tais indicadores levaram em consideração a frequência de seu aparecimento. Após uma busca de sentidos destes, foi realizada uma categorização das falas.

As categorias, de acordo Goldemberg e Otutumi(2008) *apud* Bardin (2010), baseiam-se na operacionalização do texto em unidades, ou seja, encontrar os diversos núcleos de sentido que constituem a comunicação e depois facilitar o manuseio das informações, que se constitui como uma técnica que visa representar o conteúdo de um documento diferente de seu formato original, agilizando consultas.

Após formular as categorias, a fase seguinte constitui-se na exploração do material, respeitando os fundamentos de Bardin (2010): a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade, a fidelidade e a produtividade para uma boa categoria. A última fase da análise dos dados se dá através da indução e interpretação, permitindo que os conteúdos recolhidos se constituam em dados reflexivos, em observações individuais e gerais das entrevistas.

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida previamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança – FACENE/FAMENE. Esta pesquisa, durante todo seu processo de elaboração, atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais previstas nos preceitos éticos dispostos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Esta pesquisa considerou ainda a Resolução 311/2007 que reforma o código de ética de enfermagem.

Para manutenção da ética desta pesquisa, cada participante teve sua identidade preservada conforme proposto pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, que prevê a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das

peças e/ou das comunidades, sendo atribuído a cada participante um nome fictício.

Cada participante assinou os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido onde foram explicados os objetivos desta pesquisa, permitindo aos mesmos o direito de desistir de participar a qualquer momento da pesquisa sem obter nenhum dano.

O pesquisador responsável guardará em local seguro por um período não inferior a cinco anos todos os dados e documentos gerados pela pesquisa, incluindo as transcrições das entrevistas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para fins legais.

#### 4.8 FINANCIAMENTO DA PESQUISA

O financiamento para as despesas desta pesquisa foi de responsabilidade da pesquisadora participante. O orientador e a banca examinadora ficaram sobre a responsabilidade da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, que ainda disponibilizou o acervo contido em sua biblioteca e computadores.

## 5 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A expansão dos serviços pré-hospitalares aumentou significativamente nos últimos anos, principalmente pela descentralização destes serviços para grande parte dos municípios e regiões do território brasileiro. O presente estudo objetivou avaliar a implantação de um serviço de móvel de urgência em uma cidade de Itajá, município do RN com o intuito de abranger as demais cidades do Vale do Açu. Nesta acepção, comparamos o processo de operacionalização desta base descentralizada com vista às preconizações ministeriais e tentamos descrever, além das etapas que compuseram este processo, os principais avanços e retrocessos para a região do Vale do Açu com a introdução deste serviço.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DA OPERACIONALIZAÇÃO DE BASES REGIONALIZADAS DO SAMU192 COM DESTAQUE AO PROCESSO REALIZADO NO VALE DO AÇU

O MS define o serviço de atendimento pré-hospitalar móvel como uma atribuição da área da saúde vinculado a uma Central de Regulação, com equipe e frota de veículos compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou uma região, podendo, portanto, extrapolar os limites municipais. A região de cobertura deve ser definida considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados pela clientela. Deve contar com a retaguarda da rede de serviços de saúde devidamente regulada, disponibilizada conforme critérios de hierarquização e regionalização formalmente pactuados entre os gestores do sistema local regional. (BRASIL, 2006)

Atualmente, os serviços de atendimento pré-hospitalares móveis estão sendo ampliados pela descentralização regionalizada da assistência e a pactuação entre gestores. As organizações municipais participam efetivamente da construção de serviços de saúde local regionais cada vez mais eficazes. (BUSATO, 2005)

O recente processo de implantação do SAMU192 do Vale do Açu é um exemplo de serviço locorregional proposto pelo Consórcio Público Intermunicipal de Saúde (Copis-RN) com o objetivo de descentralizar o trabalho desenvolvido pelo SAMU192 do RN. O Copis-RN, em 2010, era composto por 132 cidades do interior potiguar dispostas a legitimar este serviço no Vale do Açu, cabendo a cada prefeitura o repasse de R\$ 0,20 por habitante ao Copis-RN como valor incisório e demais acertos específicos. (SAMU..., 2010)

As irregularidades e insatisfação com Copis-RN levou o projeto ao cancelamento pela Procuradoria Geral do Estado (PGE), que o considerou inexecutável dentro do modelo proposto e que tal projeto não teria passado pela discussão e aprovação no Conselho Estadual de Saúde. Outro item que foi levado em conta para invalidar o projeto seria a dimensão e o estado em que se encontram os hospitais regionais. (GOVERNO..., 2010)

De acordo com o art. 4º da portaria GM/MS 1.864 do MS, os acertos relacionados às despesas de custeio do SAMU192 deverão ser de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, o Estado e os municípios, correspondendo à União 50% do valor estimado para estes custos, sendo o restante pactuado pela Comissão Intergestores Bipartite, entre estados e municípios, em conformidade. Tudo deverá estar expresso nos projetos que serão enviados ao MS, incluindo os mecanismos adotados de repasse destes recursos entre estados e municípios. (BRASIL, 2006)

Apesar da interrupção do Copis-RN, em 18 de junho de 2011, o SAMU192 do Vale do Açu foi implantado tendo Assú como cidade sede. A proposta de expansão dos serviços SAMU192, segundo o governo do estado, passou por alguns ajustes nos processos jurídicos, legais e com certeza técnicos para a atual implantação. O SAMU192 do Vale deu início as suas atividades contando com cerca de 20 profissionais, pertencentes aos doze municípios beneficiados.

*O COPISRN não continua, não foi aceita pela gestão atual e houve um consórcio com os secretários para implantação do SAMU. (TES, 2012)*

*[...] hoje agente somos uma equipe de doze municípios, um representante de cada cidade, dois até como a cidade de Itajá apresenta. (TES, 2012)*

O MS define pela portaria GM/MS nº 1.864 que a primeira etapa da implantação da PNAU deve compor, além da implantação do próprio SAMU192, a funcionalidade das Centrais de Regulação (Central SAMU192) e seus Núcleos de Educação em Urgência (BRASIL, 2006). Atualmente, o SAMU do Vale do Açu encontra-se implantado sem a instituição completa desses componentes pré-hospitalares móveis.

*[...] ainda não temos regulação 192, trabalhamos com celular, não temos médicos, temos só enfermeiras... (TES, 2012)*

*Essa equipe já ta pensando em criar uma equipe própria pra treinamento [...] (TES, 2012)*

Segundo MS, a Central Médica de Regulação é o elemento ordenador e orientador dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, sendo estruturadas nos níveis estadual, regional e/ou municipal. Elas organizam a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no SUS e gerando uma porta de comunicação aberta ao público em geral, através da qual os pedidos de socorro são recebidos, avaliados e hierarquizados. (BRASIL, 2006)

A ausência das atribuições técnicas e gestoras da regulação médica de urgência e emergência trazem prejuízos diários aos atendimentos realizados pelo SAMU192 do Vale do Açu como, por exemplo, o não discernimento do grau presumido de urgência e prioridade de cada caso, e a impossibilidade do enlace entre os diversos níveis assistenciais no sistema, portanto, sem respostas possíveis as necessidades dos pacientes.

*[...] estamos com a falta ainda do médico regulador, que esse é o principal no SAMU. Esse nos orienta a fazer os procedimentos, medicações que não fazemos [...] (CSS, 2012)*

Para garantir resposta efetiva às especificidades das demandas de urgência, as grades de referência, segundo o MS, devem ser suficientemente detalhadas, levando em conta quantidades, tipos e horários dos procedimentos ofertados, bem



como a especialidade de cada serviço. As Centrais SAMU192 municipais devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema. (BRASIL, 2006)

Neste contexto, de forma mais ampla, todos os demais serviços de assistência à saúde devem estar estruturados, em rede, para atender as demandas de um sistema de porta de entrada amplo como o SAMU192. Na região do Vale do Açu esta estratégia de reorganização da rede de serviços de urgência tem sido, a passos lentos, redefinida.

*A vinda do SAMU para nossa região deu um olhar diferente para saúde [...] (TES, 2012)*

*Todos os municípios estão se adaptando pra atender pelo menos parecido, certo. Porque se não agente vai ter uma ambulância mais equipada que os hospitais, então todos os hospitais estão se preparando, os profissionais estão se preparando... (TES, 2012)*

*Falta ainda o próprio município preparar mais os profissionais que recebe esses pacientes que o SAMU leva. (CSS, 2012)*

O MS preconiza que as portas de entrada, também contem “portas de saída” qualificadas e organizadas, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados (consultas médicas, exames subsidiários e procedimentos terapêuticos), à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias. (BRASIL, 2006)

A base descentralizada do Vale do Açu encontra-se atualmente funcionando no município de Itajá, atendendo as requisições do MS deparadas no capítulo III anexado à portaria GM/MS nº 2.048 de localização centralizada e de fácil acesso aos municípios de cobertura. Quanto aodimensionamento técnico para a estruturação física das centrais de regulação médica de urgências, as centrais SAMU192, previstas pela portaria GM/MS nº 2.657, ainda não cumprem todas as diretrizes e padrões exigidas pela mesma.

As bases descentralizadas, segundo o MS, deverão, no mínimo, conter espaços para abrigo, alimentação e conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s). Dependendo do seu tamanho e de sua localização, as bases deverão utilizar a infraestrutura geral da sede ou, se necessário, montar os demais espaços essenciais ao seu bom funcionamento, obedecendo as diretrizes gerais de infraestrutura física, estabelecidas pela Portaria. (BRASIL, 2006)

Os profissionais que atuam no SAMU192 do Vale do Açu foram previamente capacitados pelas equipes do SAMU192 de Mossoró e Corpo de Bombeiros antes de qualquer atuação. As ambulâncias, os uniformes e os demais materiais das equipes seguem a mesma padronização visual definida pelo MS em todos os municípios e estados que tenham SAMU192. Somente as áreas de urgência dos hospitais de referência não receberam um selo padrão de identificação. Todo esse cuidado é fundamental para facilitar a comunicação com a população.

Outro requisito importante preconizado pelo MS para implementação dos SAMU discorre sobre a capacitação dos recursos humanos. Para o MS, o enfrentamento das urgências necessita de profissionais cada vez mais qualificados e, no caso dos profissionais que atuarão nos SAMU oriundos ou não do setor da saúde, devem ser habilitados pelo NEU devendo cumprir o conteúdo curricular proposto no capítulo VII do regulamento técnico das urgências. (BRASIL, 2006)

No Vale do Açu, os profissionais passaram por capacitações desenvolvidas pelo NEU do SAMU192 de Mossoró, sendo esta a única forma de participação no processo de implantação do SAMU192 do Vale descrita pelos próprios funcionários.

*Enquanto funcionária, estou desde o início. Houve uma capacitação prévia antes da implantação por volta do dia quinze a dezoito de julho, feita pelo SAMU de Mossoró, capacitação com todos os funcionários, exceto os condutores que já eram treinados pelo SAMU Metropolitano. Acho que a participação enquanto implantação é isso. (ESS, 2012)*

*[...] agente fomos escolhidos e participamos de treinamentos do SAMU pra hoje ta participando do SAMU. (TES, 2012)*

*Minha participação foi através de treinamento, e preparação das viaturas para dar apoio aqui na região. (CSS, 2012)*

O SAMU192 do Vale do Açu conta com o apoio de duas ambulâncias uma de suporte básico e outra de suporte avançado, cedidas pelo governo federal e entregues pelos gestores do estado do Rio Grande do Norte. Para o planejamento e a implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso aos SAMU192, os critérios a serem utilizados para alocação de ambulância são, prioritariamente, parâmetros de tempo-resposta e não apenas os parâmetros de quantitativos populacionais mínimos. (BRASIL, 2006)

## 5.2 A CONSOLIDAÇÃO DO SAMU192 NO VALE DO AÇU E OS PRINCIPAIS AVANÇOS E RETROCESSOS NO ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS NESTA REGIÃO

Os municípios que compõem o SAMU192 do Vale do Açu, assim como a grande parte dos municípios brasileiros sofrem com a superlotação dos pronto-socorros e demais instituições de atendimentos emergenciais e com seu impacto negativo para os pacientes. Portanto, consolidar um componente tão complexo quanto o SAMU192 parece ser uma tarefa difícil para os gestores destes municípios.

*Partindo da perspectiva que não, não havia serviço de urgência e emergência aqui na região, é muito importante porque antes disso era ambulânciaterapia, onde houvesse um acidente ou, ou um próprio caso clínico mais grave era só colocar dentro de carro ou ambulância e levar essa pessoa para atendimento no hospital. (ESS, 2012)*

A instituição do SAMU192 como um componente de uma rede de atenção às urgências pode favorecer a organização dos serviços de urgência prestados, através da conformação de centrais de regulação, que por sua vez podem impulsionar estratégias de regulação assistencial, inclusive em outras áreas do SUS.

O principal avanço na assistência, sem dúvidas, está associado à melhoria da qualidade do atendimento às urgências e a ampliação de um componente de grande repercussão que é o SAMU192, abrangendo cada vez mais a população brasileira.

*Beneficia a população. (ESS, 2012)*

*[...] e pra população o atendimento mais rápido e seguro. (TES, 2012)*

*[...] a população ficou mais assistida em termos de atendimento. (CSS, 2012)*

*Melhorou na questão de redução de acontecimentos devido aos traumas, redução de espera, o paciente esperando o atendimento que muitas vezes demorava por não ter uma ambulância, um transporte pra locomover o paciente pra outro serviço, é, melhorou também que as pessoas não tinham e hoje tem um atendimento a domicilio que qualquer comprometimento pode chamar o serviço. (ESS, 2012)*

No entanto, a implantação dos SAMU requer maiores investimentos públicos nos diversos níveis de assistência (atenção básica, especializada, hospitalar), na articulação de serviços na região de abrangência e nos mecanismos efetivos de regulação pública. Esses fatores podem gerar retrocessos significativos para o serviço e podem ser visíveis nas condições estruturais, na gestão, na integração da rede, na capacitação dos profissionais e práticas de atenção (MACHADO; SALVADOR; O'DWYER, 2010).

Neste contexto, delineamos a forma em que se encontra consolidado o serviço móvel de urgência e emergência com destaque nos principais avanços e as fragilidades presentes na implantação do SAMU192 do Vale do Açu.

### **5.2.1 A porta de entrada descrita como a principal fragilidade apontada pelos profissionais do SAMU192 do Vale do Açu**

De acordo com o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, cabem às secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, adotar as providências necessárias à implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, à organização das redes assistenciais deles integrantes e à organização/habilitação e

cadastro dos serviços, em todas as modalidades assistenciais, que integrarão as redes de Urgência. (BRASIL, 2006)

Atualmente, a rede de serviço de urgência proposta para integração do SAMU192 do Vale do Açu encontra-se fragmentada. Fragmentação esta descrita por Mendes (2010) como redes que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

O prazo estabelecido pela PNAU para as adaptações dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes, por exemplo, não devem ultrapassar dois anos. Assim como a classificação, habilitação e cadastro dos serviços de atendimento às urgências e emergências já existentes e em funcionamento. (BRASIL, 2006)

A proposta da PNAU é que os diferentes níveis de atenção relacionem-se de forma complementar por meio de mecanismos organizados e regulados de referência e contra-referência, sendo de fundamental importância que cada serviço se reconheça como parte integrante deste sistema, acolhendo e atendendo adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre.

A principal referência para o SAMU192 do Vale do Açu tem sido o Hospital Regional Nelson Inácio dos Santos (HRNIS) na cidade do Assú. É um hospital público geral de urgência e emergência que presta assistência de média complexidade à população do Assú e os demais 12 municípios pactuados, alcançando uma cobertura populacional de 130.000 habitantes, além de atender às demandas espontâneas de municípios não pactuados. Ele faz parte da II Unidade Regional de Saúde Pública, com sede no Município de Mossoró.

*A nossa referência é o Hospital Regional de Assú, mas é necessário ainda equipar o hospital, até outros de porte menores poderiam ser uma opção pra quando a gravidade é menor, poderiam ter utilidade, mas ainda não têm, sempre é o hospital regional de Assú, na maioria das ocorrências os pacientes são encaminhados pra lá, mas ainda não funciona como de fato a referência ainda pra gente, lá. (ESS, 2012)*

*[...] tememos muito pelo fato da porta de entrada porque aí é preciso agente levar pra Mossoró, né. Levar pra Natal, coisa que não é serviço do SAMU, mas aí agente faz de tudo. (TES, 2012)*

O HRNIS constitui uma unidade de referência de atendimento às urgências e emergências do tipo I, II e III conforme a Programação Pactuada Integrada (PPI). Que é considerada de grande relevância na estruturação da rede regionalizada e hierarquizada e organizações dos serviços, contribuindo para melhorar a regulação do acesso. Contudo, o cadastramento deste tipo de instituição de atendimento pelo MS nas grades de referência e contra-referência dos planos de urgências locais necessitam de alguns pré-requisitos.

O cadastramento é aprovado após apresentação de documentos comprobatórios do cumprimento das exigências estabelecidas no regulamento técnico, além de um relatório de vistoria realizada “in loco” pela secretaria de saúde do município garantindo a presença de condições de funcionamento como a área física, os recursos humanos necessários para funcionamento do serviço e ainda o envio do parecer conclusivo do gestor local e estadual do SUS. (BRASIL, 2006)

De acordo com o MS, os hospitais de referência devem atender critérios relevantes de estruturação e de profissionais indispensáveis. A exigência mínima é que o hospital tenha 15 dos 23 profissionais (cirurgião geral, cirurgião cardiovascular, cirurgião pediátrico, pediatra, clínico geral, anestesiológico, cardiologista, angiologista, enfermeira intensivista, responsável técnico, técnico/auxiliar de enfermagem, cirurgião vascular, cirurgião bucomaxilofacial, neurocirurgião, neuropediatra, hematologista, assistente social, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e farmacêutico) considerados imprescindíveis para esse nível de atenção. (BRASIL, 2006)

*A nossa porta de entrada é o hospital regional de Assú, então, muitas vezes agente pega um acidentado de Itajá, ou de Carnaubais, um exemplo, e chega no Assú, aí pronto, não se resolve a necessidade. Fratura de braço que é a coisa mais simples, mas é uma urgência, não tem ortopedista, certo. Um TCE, nós não temos neuro, não temos tomógrafo no Assú. Então, quer dizer, uma complicação digestiva nós não temos gastro, certo. Problemas cardíacos, nós não temos cardiologista 24 horas. Enfim, a porta de entrada que é o Hospital Regional ainda tá devendo muito [...] (TES, 2012)*

Segundo a secretaria municipal do Assú, o hospital conta com uma equipe multidisciplinar de 259 funcionários distribuídos nas seguintes especialidades:

Clinica Médica, Cirurgia, Obstetrícia, Cardiologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Ginecologia, Mastologia, Cardiologia e Odontologia para casos de sutura na região bucomaxilofacial. Conta ainda com serviços de apoio e diagnóstico, como de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Serviço Social, Colposcopia, Eletrocardiograma, Endoscopia Digestiva, Laboratório Clínico, Raio X, Ultra-Som convencional, CCIH, Esterilização e Agencia Transfusional. Sendo que cada plantão é composto por 2 clínicos gerais, um obstetra, um pediatra, um cirurgião, um anestesista, 3 enfermeiros, 2 bioquímicos, um farmacêutico, um nutricionista, um assistente social, um técnico em laboratório, um técnico em Raio X, um técnico em agência transfusional, 20 técnicos em enfermagem, 15 da higienização. (ASSÚ, 2009)

#### **5.2.20 contexto dos profissionais mediante as condições de trabalho no SAMU192 do Vale do Açu**

A PNAU regulamenta o serviço móvel de atendimento às urgências e dispõe sobre os recursos humanos necessários para estimular a criação de estruturas capazes de problematizar a realidade destes serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção e ainda de propor currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências. (BRASIL, 2006)

O MS solicita ainda, por meio da Portaria GM nº 2.048, a comprovação de que a contratação dos recursos humanos respeita a legislação vigente, não sendo permitida a precariedade de vínculo nas relações de trabalho. Uma vez que os contratos de trabalho dos profissionais dos SAMU são regulados pelas Prefeituras Municipais dos diversos municípios que compreendem a região beneficiada pelo serviço. (PAIVA, 2010)

*(...) foi uma pactuação dos municípios, doze municípios que formam o SAMU do Vale do Açu na qual pediram as prefeituras pessoas capacitadas, que fossem técnicos de enfermagem, fossem concursados e que tivessem curso de socorrista. E isso foi uma indicação do município. (TES, 2012)*

Com isso, cada base tem sua forma própria de contratação (incluindo acerto salarial), em geral limitam a jornada semanal de trabalho para no máximo 30 horas, fazendo com que os profissionais tenham que buscar outros empregos para complementar suas rendas familiares. Sendo assim, acabam trabalhando no SAMU192 de outros municípios, com outros tipos de contratos de trabalho, em serviços de atendimento pré-hospitalar privados. (PAIVA, 2010)

*Falta ainda a parceria dos municípios, muitos tem se negado a ceder pessoal pra trabalhar, os salários ainda falta melhorar, porque é um trabalho de muita importância e que os profissionais colocam suas vidas em risco. (CSS, 2012)*

Além do trabalho assistencial desenvolvido pelo SAMU192, os profissionais que atuarão neste tipo de serviço devem desenvolver atividades de capacitação, habilitação e educação continuada. Os chamados Núcleos de Educação do SAMU é mais uma das exigências do MS, por meio da Portaria GM/MS nº 2.048.(BRASIL, 2006)

*O SAMU não é só aquela turma de soldadinhos de azul pra fazer bonito no meio da rua, também tem a parte educativa. (TES, 2012)*

Mesmo sem a estruturação do NEU, a equipe atuante do SAMU192 do Vale do Açu definiu estratégias para ampliar a compreensão do funcionamento do SAMU192 por parte da população como forma de minimizar os problemas relacionados aos trotes e para melhor adaptação da população ao chamado, uma vez que não estava ligado ao acesso gratuito pelo 192.

*A população não sabia o que era SAMU, não sabia o que era o serviço SAMU. Então agente foi informar a população, fomos através de palestras, através de reuniões, a partir do momento também que as pessoas ligavam solicitando o atendimento, agente explicava quando não era a função da gente, agente chegava lá explicava a população como era que agente trabalhávamos. (TES, 2012)*



*Agente está fazendo a expansão do serviço com atividade nas escolas, agente vai em pronto-socorro, em hospital e demonstra nosso trabalho. (ESS, 2012)*

*E as pessoas, agente conversa, explica, vai nas rádios, diz o que é o serviço, pede pras pessoas só chamarem nas questões de urgência [...] (ESS, 2012)*

Cabe ressaltar os fatores externos que também fazem parte do processo de trabalho dos profissionais dos SAMU192, como os fatores socioeconômicos, políticos, educacionais, culturais e legais. Tais fatores, segundo Paiva (2010), estão presentes em cada atendimento de emergência realizado, interferindo de modo direto no ambiente interno. Ou seja, são relevantes no resultado do trabalho desenvolvido pela equipe do SAMU192. Além das influências do ambiente externo, os profissionais também são influenciados pelos perigos e riscos a que estão expostos no ambiente de trabalho.

### 5.3 A REDE DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ÀS URGÊNCIAS DO VALE DO AÇU FRENTE ÀS PRECONIZAÇÕES MINISTERIAIS A PARTIR DA PNAU

A Portaria GM nº 1.863 trata da instituição da PNAU a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Para o MS, a rede de urgências do Vale do Açu, assim como as demais redes de urgência, deve garantir a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, tenham acesso aos meios adicionais de atenção. (BRASIL, 2006)

O art. 1º da portaria GM/MS 2.970 de 8 de dezembro de 2008 trata da promoção da regionalização do SAMU192 a fim de ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel às populações dos Municípios em todo o território nacional, por meio da adoção de novas diretrizes e parâmetros técnicos definidos pela mesma em seu anexo.

Uma rede de serviços de urgência e emergência é criada a partir dos princípios preconizados por três principais portarias do MS, a Portaria nº 2.048 de 05

de novembro de 2002 e as Portaria nº 1.864 e a própria 1.863 de 29 de setembro de 2003. Isto com o propósito de se criar um subsistema organizado para que este auxilie a conter a alta demanda aos serviços de emergência, atuando de forma integrada e em rede. (BITTENCOURT; HORTALE, 2007)

Para isto torna-se necessário criar pontos de atenção às unidades de saúde, ou seja, unidades contempladas com Salas de Estabilização (SE), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), além das portas hospitalares de urgência, todas elas qualificadas pelos esforços convergentes de configuração de redes de atenção integral às urgências instituídos pelas Portarias GM/MS nº 2.922 e a portaria GM/MS nº 2.972, e às unidades móveis do SAMU 192 (ambulância, ambulância, motolância e/ou aeronaves). Estas unidades deverão estar integradas por sistemas de informação e comunicação que lhes permita o perfeito entendimento das várias situações, o exercício da Telessaúde e, por conseguinte, a adequada atenção aos pacientes. (BRASIL, 2006)

*As dificuldades são essas: é a porta de entrada que são os hospitais, e ter uma sala de estabilização, uma sala de atendimento, de internação, médicos na rede que tão faltando. (CSS, 2012)*

Todos estes princípios estão firmados no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, instituído em 2002. O regulamento discorre sobre as atribuições, o dimensionamento e a organização estrutural dos sistemas, bem como sobre aspectos da interação com os demais serviços e emergências em seus vários níveis de complexidade, incluindo assim as emergências e urgências dos hospitais gerais e de referência. Resolve sobre os recursos humanos, sobre as devidas habilitações, sobre a capacitação para o trabalho nessas unidades, sobre área física, material de consumo, medicamentos, equipamentos e estrutura da grade de referência que dá suporte a esses serviços, a saber: regulação médica de urgência, atendimento pré-hospitalar fixo e móvel, transporte inter-hospitalar e criação de núcleos de urgência com a proposição de grades curriculares para a capacitação de recursos humanos da área. (DESLANDES; MINAYO; LIMA, 2008)

A estruturação das redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas deve estar baseada na proposta da NOAS 01/2002, com base nas atribuições, a

complexidade e distribuição de cada município. Para captar os recursos federais de implantar/implementar, os serviços do SAMU192 à redes de serviços de urgências devem atender alguns requisitos. (BRASIL, 2006)

De acordo com o artigo 6º da Portaria GM/MS nº 1.864, o repasse dos recursos federais ficará condicionada à comprovação do cumprimento de alguns pré-requisitos como a elaboração, formalização e apresentação de Planos Municipais ou Regionais de Atenção Integral às Urgências, articulados ao Plano Estadual de Atenção às Urgências, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde e pela Comissão IntergestoresBipartite. (BRASIL, 2006)

O Plano regional do Vale do Açu tem se mostrado ineficaz e desarticulado com o Plano Estadual de Atenção às Urgências, uma vez que, ainda não possui centrais de regulação 192, de caráter local, com acesso gratuito pelo número nacional de urgências (192), como preconizado pelas diretrizes contidas no Regulamento Técnico de Urgências.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. Considerando as ações já desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias de saúde dos estados e dos municípios, tem-se realizado grandes esforços no sentido de ampliar e aperfeiçoar o atendimento às urgências no País, tanto pela criação de mecanismos para a implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar em Atendimento às Urgências e Emergências como pela realização de investimentos relativos ao custeio e adequação física e de equipamentos dos serviços integrantes destas redes, na área de assistência pré-hospitalar, nas Centrais de Regulação, na capacitação de recursos humanos, na edição de normas específicas para a área e na efetiva organização e estruturação das redes assistenciais na área de urgência e emergência.

Analisar a realidade dos serviços e a assistência prestada e confrontá-la com as preconizações ministeriais nos garante, de forma bastante peculiar, participar das transformações ocorridas se tornando, em parte, atores deste processo. Esta pesquisa realizou uma análise da implantação do SAMU192 do Vale do Açu e pode comprovar que mesmo com a estruturação das políticas nacionais das urgências, o processo de transformação ocorre a passos lentos e de forma fragmentada.

O processo de implementação do SAMU192 do Vale se encontra em andamento e de forma bastante dinâmica luta contra a fragmentação dos serviços prestados e da rede de serviço de atendimento às urgências regionais, ambos se configuram como principais áreas de dificuldade para possibilitar a implantação completa deste componente tão complexo que é o SAMU192. A porta de entrada das urgências do Vale, o HRNIS precisa avançar bastante para atender às demandas de atendimentos do SAMU192, assim como as demais unidades de assistências da região, uma vez que o êxito do SAMU192 depende dos demais componentes preconizados pela PNAU.

Os SAMU192 como componente prioritário da PNAU, não é capaz, isoladamente, de resolver todos os problemas enfrentados atualmente pela área de urgência e emergência. Portanto, identificar os avanços e retrocessos com a

consolidação deste serviço para a região do Vale Açu se torna tarefa difícil, à medida que se prolonga a consolidação do SAMU192 nesta região. Os resultados encontrados na realidade de um processo de implantação, em parte, diferem dos resultados encontrados na literatura, fundamentados na PNAU. Sobretudo nas etapas de organização do processo e nos pré-requisitos necessários para implantação.

## REFERÊNCIAS

ASSÚ. Hospital Nelson Inácio dos Santos – Assú. Assú: Secretaria de saúde do Assú. 2009. Disponível em: <[http://www.saude.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap/guia\\_saude/gerados/hospitalnelsoninaciодossantos.asp](http://www.saude.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap/guia_saude/gerados/hospitalnelsoninaciодossantos.asp)> Acesso em: 18 Maio 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

BARROS, A. P. et al. Perfil Epidemiológico de Óbitos Atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em Recife, Pernambuco. **Emergências Clínicas**, v. 5, n. 22, p. 28-34, 2010.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 929-934, 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1413-81232007000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232007000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 23 de Setembro de 2011.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 311/07**. Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4345> . Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Decreto-Lei nº 5.055, de 27 de abril de 2004. Institui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, em Municípios e regiões do território nacional, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de abril de 2004, nº 80, Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://www.fiscolex.com.br/doc\\_56858\\_DECRETO\\_N\\_5055\\_DE\\_27\\_DE\\_ABRIL\\_DE\\_2004.aspx](http://www.fiscolex.com.br/doc_56858_DECRETO_N_5055_DE_27_DE_ABRIL_DE_2004.aspx)>. Acesso em: 29 set. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O que é o VIVA**. Brasília, 20-?. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=32127#processo](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32127#processo)>. Acesso em: 14 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 32, de 04 de janeiro de 2007. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 04 jan. 2007. Disponível em:

<<http://www.cbtms.org.br/institucional/portaria/portaria35.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência: SAMU**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSATO, L. **Programação Pactuada e Integrada: Oportunidade de readequação estratégica para o Hospital de Caridade de Canela no processo de regionalização da saúde**. 2005. 54f. Monografia (Especialização) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12340/000480932.pdf?sequence=>> Acesso em: 18 Maio 2012

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do Nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. Recife, v. 11, n. 4, p. 530-540, 2008. Disponível em < <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v11n4/01.pdf> > Acesso em: 12 Setembro 2011.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>> Acesso em 28 Outubro 2011

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organizações de serviços**. São Paulo, Cortez Editora, 1996.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES DAS II JORNADAS DE EMERGÊNCIA MÉDICA DE LISBOA (1990). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_lisboa\\_etica\\_urgencia\\_medica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_lisboa_etica_urgencia_medica.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2011.

DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S.; LIMA, M. L. C. Atendimento de emergência às vítimas de acidentes e violências no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v. 24, n. 6, p. 430-40, 2008. Disponível em < <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/atendimento.pdf> > Acesso em 12 Maio 2012

FERNANDES, S. C. A.; BARRÊTO, T. V. S. **Ser Secretário Municipal de Saúde: um desafio a intervenção gerencial do enfermeiro**. Mossoró: UERN, 2003.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v.9, n.18, p.489-506, 2005. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>> Acesso em 23 Outubro 2011.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revistabrasileira de ciências sociais**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0102-69092006000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-69092006000200010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em: 14 Outubro 2011.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLDEMBERG, R.; OTUTUMI, C. Análise de conteúdo segundo Bardin: procedimento metodológico utilizado na pesquisa sobre a situação atual da Percepção Musical nos cursos de graduação em música do Brasil. **Anais do SIMCAM4 – IV Simpósio de Cognição e Artes Musicais**, Maio 2008

GOVERNO cancela convênio para expansão do Samu. **Tribuna do Norte**. Natal, 04 Mar. 2011. Disponível em: <<http://tribunadonorte.com.br/noticia/governo-cancela-convenio-para-expansao-do-samu/174555>> Acesso em: 15 Maio 2012.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **SAMU 192**. Disponível em:<[http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila\\_do\\_samu\\_santa\\_catarina.pdf](http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/apostila_do_samu_santa_catarina.pdf)> Acesso em: 12 out. 2011.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. Uma breve revisão do atendimento Médico pré-hospitalar. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 32, p. 381-387, 1999. Disponível em < [http://pedro2.pmrp.com.br/ssauade/programas/samu/neu-pdf/revisao\\_atendimento.pdf](http://pedro2.pmrp.com.br/ssauade/programas/samu/neu-pdf/revisao_atendimento.pdf)> Acesso em: 11 Novembro 2011.

MACHADO, C. V.; SALVADOR, F. G. F.; O'DWYER, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 3, p.519-528, 2011. Disponível em < <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf>> Acesso em 18 Maio 2012.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010



MASCARENHAS, M. D. M. et al. Atendimentos de emergência por acidentes na Rede de Vigilância de Violências e Acidentes – Brasil, 2006. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 14, n. 5, p.1657-1668, 2009. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIVA2006\\_Rev\\_Cienc\\_Saude\\_Col\\_2008.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/VIVA2006_Rev_Cienc_Saude_Col_2008.pdf)> Acesso em 12 Maio 2012.

MENDES, E. G. **Deficiência mental: a construção científica de um conceito e a realidade educacional**.1995.387f.Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia - Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>> Acesso em 23 Abril 2012

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1877-1886, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/16.pdf>> Acesso em: 23 Abril 2012

MINAYO, M. C. S. **O desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

O'DWYER, G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2395-2404, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a14.pdf>> Acesso em: 12 Abril 2012.

PAIM, J.S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária Brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009. Disponível em <<http://www.cebes.org.br/media/file/saudeemdebate81.pdf>> Acesso em: 16 Abril 2012.

PAIVA, R. B. **Percepção do ambiente externo e dos perigos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a partir do enfoque dos sistemas sociotécnicos**.2010. 113f. Dissertação de Mestrado (Profissional). Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2010. Disponível em<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28787/000772512.pdf?sequence=1>> Acesso em: 21 Abril 2012.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, 2006. Disponível em

<[http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1\\_artigo\\_3.pdf](http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v8n1/v8n1_artigo_3.pdf)> Acesso em: 03 Maio 2012.

RAMOS, V. O.; SANNA, M. C. A inserção da enfermeira no atendimento pré-hospitalar: histórico e perspectivas atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.58, n. 3, p. 355-360, 2005.

RIO GRANDE DO NORTE. **SESAP apresenta regionalização do SAMU para todos os municípios**. Rio Grande do Norte: Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP), 2010. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/noticias/nordeste/103132-sesap-apresenta-regionalizacao-do-samu-para-todos-os-municipios.html>>. Acesso em: 29 set. 2011.

SANTOS, J. S. et al. Avaliação do modelo de organização da unidade de emergência do HCFMRP-USP, adotando, como referência, as políticas nacionais de atenção às urgências e de humanização. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 36 p. 498-515, 2003. Disponível em <[http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/avaliacao\\_modelo\\_organizacao\\_ue.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n2e4/avaliacao_modelo_organizacao_ue.pdf)> Acesso em: 05 Maio 2012.

SAMU amplia área de atuação. **Tribuna do Norte**. Natal, 12 Nov. 2010. Disponível em: <<http://tribunadonorte.com.br/noticia/samu-amplia-area-de-atuacao/164899>> Acesso em: 15 Maio 2012.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI MVGC, CORBO ADA (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 27-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>> Acesso em: 12 out. 2011.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, Bahia, v. 7, n. 2, 1998. Disponível em <[http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/saude/sus/Acervo/iesus\\_vol7\\_2\\_sus\[1\].pdf](http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/saude/sus/Acervo/iesus_vol7_2_sus[1].pdf)> Acesso em: 21 Outubro 2011.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Rio de Janeiro, v. 8, p. 121-126, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n8/09.pdf>> Acesso em: 21 Setembro 2011.

VIEIRA, C. M. S.; MUSSI F. C. A implantação do projeto de atendimento móvel de urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Revista da Escola**

**deEnfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 793-797, 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a23.pdf>> Acesso em: 21 Setembro 2011.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (GESTÃO)

- 1 O projeto para a implantação do SAMU192 Regional de Assú passou por apreciação do Conselho Estadual de Saúde e da Comissão Intergestores Bipartite? Descreva esse processo.
  
- 2 Como se deu a construção do projeto de implantação do SAMU192 Regional de Assú e do Plano Regional de Atenção às Urgências? Que atores estiveram envolvidos?
  
- 3 Foram elaboradas grades de referência e contra-referência por especialidade ou área de atuação? De que forma os municípios participaram deste processo?
  
- 4 Qual o papel do SAMU192 Regional de Açú na reorganização da rede locorregional de serviços de saúde do Vale do Açú?
  
- 5 De que forma tem funcionado a Regulação Médica e os Núcleos de Educação em Urgência no SAMU192 Regional de Assú? Eles existem? Estão realmente implantados?
  
- 6 Como o senhor (a) percebe os principais aspectos abordados no Plano Regional de Atenção Integral às Urgências?

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO  
(PROFISSIONAIS)**

1. De que forma ocorreu à participação dos trabalhadores, inclusive a sua, na implantação do SAMU192 Regional de Assú?
  
2. Como o senhor (a) descreveria os principais avanços no atendimento da população a partir da implantação do SAMU192 Regional de Assú?
  
3. Como o senhor (a) descreveria os avanços na organização da rede de serviços de saúde a partir da implantação do SAMU192 Regional de Assú?
  
4. O senhor (a) considera que ainda precisam de avanços na implantação do SAMU192 Regional de Assú? Descreva-os.
  
5. O senhor considera que existem dificuldades a partir da implantação do SAMU192 Regional de Assú? Quais?

## **APÊNDICE C – ROTEIRO DE CAPTAÇÃO DOS DADOS EM DOCUMENTOS**

- 1 Documentos relacionados às exigências ministeriais para a implantação do SAMU192 regional de Assú: Plano Regional de Atenção às Urgências; Grade de Referências da rede locorregional de saúde; Planos de Educação Permanente, etc.
  
- 2 Documentos relacionados à escolha e capacitação dos profissionais que atuam no SAMU192 Regional de Assú.
  
- 3 Documentos relacionados à inserção e contrapartidas dos municípios envolvidos na regionalização para o Vale do Açu do SAMU192.

## APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa é intitulada **A IMPLANTAÇÃO DO SAMU192 REGIONAL NO VALE DO AÇU A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS**. Está sendo desenvolvida por Laercia Marreiro da Silva Moura, pesquisadora participante, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - sob a orientação do pesquisador responsável professor Francisco Rafael Ribeiro Soares.

A mesma apresenta o seguinte objetivo geral: analisar a implantação do SAMU192 regional no Vale do Açu a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências. Como específicos: descrever o processo de implantação da base regionalizada do SAMU192 no vale do Açu a partir da análise dos discursos de gestores e trabalhadores; identificar a rede de serviços de atendimento às Urgências na região do Vale do Açu; identificar possíveis avanços e retrocessos existentes na consolidação do atendimento às Urgências, a partir da PNAU, com a implantação do SAMU192 regional de Assú a partir da análise dos discursos de gestores e trabalhadores.

A Justificativa desse trabalho é abordar a área de urgência e emergência relacionada ao conhecimento acerca das políticas ministeriais que regem estes serviços, além de sua importância para a região do Vale do Açu como incentivo ao processo de implementação dos serviços do SAMU192.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Informamos ainda que o referido estudo não apresenta risco aparente aos seus participantes.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de um roteiro de entrevista semi-estruturado. O(A) senhor(a) responderá a algumas perguntas relacionadas à implantação do SAMU192 em Assú. Os dados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso, podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do(a) senhor(a) será mantido em sigilo.



A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

O pesquisador responsável<sup>1</sup> e o Comitê de Ética em Pesquisa<sup>2</sup> estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor(a) na realização desta pesquisa.

---

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi os objetivo(s), justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo pesquisador responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador responsável.

Mossoró, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2012

\_\_\_\_\_  
Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares<sup>1</sup>  
Pesquisador responsável


\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

<sup>1</sup>**Endereço profissional do Pesquisador:** Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN. Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel, CEP: 59.628-000 .Fone: (84) 3312 – 0143Email do pesquisador responsável: rafaelloares@facenemossoro.com.br.


<sup>2</sup>**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br.

**ANEXO**

## ANEXO 1 – CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA



**Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança**  
 Autorizado pelo MEC - Portarias nº 1374, de 04.07.2001 e nº 2057, de 09.07.2004,  
 respectivamente. Publicada no DOU de 12.07.2004, pp. 13/14, seção 1.




### CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1ª Reunião Ordinária realizada em 09 de Fevereiro de 2012 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A implantação do SAMU 192 regional no vale do AÇU a partir da Política Nacional de Atenção às Urgências", protocolo número 08/12 e CAAE: 0210.0 351.000-12 do pesquisador responsável (orientador): Francisco Rafael Ribeiro Soares e da pesquisadora participante (aluna): Laercia Marreiro da Silva.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2012, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 23 de Fevereiro de 2012

  
Faculdade Nova Esperança Ltda  
 Rosa Rita da Conceição Marques  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE  
**Rosa Rita da Conceição Marques**  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

*Laercia Marreiro da Silva*  
 Secretária CEP - Faculdade Nova Esperança

Rua Artífice Pedro Marcos de Souza, 12 - Valentina de Figueiredo, CEP: 58.064-000 - Fones: (83) 3237-9999 / 3237-6666  
 João Pessoa, e-mail: facene@facene.com.br - Home Pages: www.facene.com.br / www.famene.com.br