

ANDRÉ DE BASTIANE LANCINI

**AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS PARA O
TRABALHO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO DO SAMU.**

Dissertação apresentada ao curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva, do Centro de Ciência da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área: Ciências Humanas e Políticas Públicas em Saúde

Linha de Pesquisa:
Planejamento e Avaliação de Serviços, Programas e Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^a
Josimari Telino de Lacerda

Florianópolis,
2013

Lancini, André de Bastiane

Avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU / André de Bastiane Lancini ; orientador, Josimari Telino de Lacerda - Florianópolis, SC, 2013.

105 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Trabalho. 3. Processo de trabalho em saúde. 4. Serviço de atendimento móvel de urgência. I. Lacerda, Josimari Telino de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS PARA O TRABALHO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO DO SAMU.

Essa dissertação foi julgada e aprovada para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Área de Concentração: Planejamento e Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde.

Florianópolis, 28 de novembro de 2013.

Rodrigo Otávio Moretti Pires
Coordenador do PPGSC/UFSC

BANCA EXAMINADORA

Josimari Telino de Lacerda
Orientadora

Sergio Fernando Torres de Freitas
Avaliador

Maria Cristina Marino Calvo
Avaliador

Denise Pires de Pires
Avaliador

Claudia Flemming Colussi
Avaliador (suplente)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Professora Josimari Telino de Lacerda, orientadora, pelas contribuições ao longo do mestrado.

Aos professores membros da banca pela disponibilidade e contribuições no trabalho.

A Prefeitura Municipal de Florianópolis pela flexibilização de horários o que possibilitou a realização do mestrado.

Aos profissionais que participaram da pesquisa e contribuíram para os resultados obtidos.

RESUMO

O processo de trabalho em saúde envolve a relação dos trabalhadores consigo e com os pacientes, resultando na produção do cuidado. Este campo é influenciado pelos modelos de atenção à saúde predominantes e pelo macrocenário econômico, político e social. Os aspectos estruturais do processo de trabalho são essenciais para a sua execução. Para o atendimento à alta demanda das urgências em saúde foi criada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) que normatiza os serviços que prestam atendimento à população. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o componente pré-hospitalar móvel desta política. Tem como objetivos reduzir o tempo de chegada dos pacientes em situação de risco aos serviços de referência e ofertar um atendimento qualificado no momento da ocorrência, cujos efeitos esperados são: aumento da sobrevivência da vítima, redução do tempo de internação nos hospitais e das sequelas pela falta de atendimento precoce. Este estudo propôs e aplicou um modelo de avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU, na grande Florianópolis. A pesquisa justifica-se pelo crescente aumento da demanda pelos serviços na área de urgência e emergência, devido o aumento do número de acidentes, violência, doenças cardiovasculares e outros fatores da vida moderna que aumentam o percentual de anos potenciais de vida perdidos, enfatizando a importância e necessidade de qualificação e ampliação do setor. O modelo teórico-lógico foi construído através da revisão bibliográfica de artigos científicos, teses e dissertações indexados nas bases de dados Scielo e LILACS, além das instruções normativas e da legislação existente acerca do assunto. O modelo avaliativo foi proposto e discutido com experts nas áreas de avaliação, processo de trabalho e SAMU, em oficinas de trabalho, e as decisões tomadas por consenso. O modelo final é composto pelas dimensões de Recursos Humanos, Recursos Materiais e Aspectos Normativos, configurando uma matriz de avaliação com onze indicadores. O modelo foi aplicado em uma macrorregião de Santa Catarina, nas Unidades de Suporte Básico (USB), e obteve a participação de 83,33% dos municípios. Verificou-se que 60% dos municípios apresentaram uma adequada estrutura de trabalho. Os indicadores que demonstraram maior deficiência foram os de turnover e vínculo empregatício, apontando para a necessidade de valorização e melhorias na forma de contratação dos profissionais. O modelo demonstrou viabilidade de aplicação em municípios de

diferentes portes populacionais e estruturas administrativas e os resultados são coerentes com o encontrado na literatura.

Descritores: Trabalho, Processo de Trabalho em Saúde, Serviço de atendimento móvel de urgência

ABSTRACT

The healthcare labor process involves the relationship of staff with themselves and with patients resulting in production of care. This field is influenced by the models of health care prevalent, and by the economic, political and social picture. The national policy on emergency care (PNAU) has been created for attending to medical emergencies and thereby regulates the services rendered to the population. The mobile emergency care service (SAMU) is the mobile pre-hospital part of this policy, and its aims are to reduce time to referral services of patients at risk and offer a skilled attendance at the time of the occurrence, improves the overall survival of these patients, reducing the length of stay in hospitals and mitigating the consequences by the lack of early care. This study proposed and implemented a model for assessing the structural conditions for the working of the health care units of SAMU in Florianopolis. The research is justified by the increasing demand for services in the area of emergency care due to the increasing number of accidents, violence, cardiovascular disease and other factors of modern life that help increase the percentage of potential years of life lost, emphasizing the importance and necessity of qualification and expansion of the sector. The logical theoretical research approach was carried out through scientific review articles, theses and dissertations indexed in the databases SciELO and LILACS, beyond the regulatory instructions and existing legislation on the subject. The evaluation model was proposed and discussed with experts in the areas of assessment, labor process and SAMU, in workshops with decisions made by consensus. The final model consists of the dimensions of human resources, material resources and regulatory aspects, setting up an evaluation matrix with eleven indicators. The model was applied to a macro-region of Santa Catarina, in Basic Life Support Units (USB) with the participation of 83.33% of the municipalities. It was found that 60% of municipalities have an appropriate working structure. The indicators that demonstrated greater disability were related to turnover and employment relationship, pointing to the need for recovery and improvement in the way of hiring professionals. The model showed feasibility of application in municipalities with different population sizes and administrative structures and the results are consistent with findings in the literature.

Descriptors: Labor, healthcare labor process, mobile emergency care service

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Atendimento Pré-Hospitalar
CH	Carga Horária
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ERC	Equipamento de Rádio-Comunicação
HAOC	Hospital Alemão Oswaldo Cruz
HP	Hora Plantão
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe das Ciências da Saúde
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SES-SC	Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
SPDM	Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

- Figura 01 - Modelo Teórico-Lógico do processo de trabalho das unidades de atendimento do SAMU 34
- Figura 02 - Modelo Teórico-Lógico do processo de trabalho das unidades de atendimento do SAMU 44
- Quadro 01 – Síntese da matriz avaliativa das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU. 36
- Quadro 02 – Dimensões, indicadores, medidas e parâmetros utilizados para a matriz de avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU 51
- Tabela 01 – Resultado da avaliação das condições estruturais para o processo de trabalho das unidades de atendimento do SAMU, nos municípios da grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil 55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Concepções sobre o trabalho	16
3.2	O processo de trabalho em saúde	20
3.3	O processo de trabalho no SAMU	26
3.4	Avaliação do processo de trabalho em saúde, com foco nas condições estruturais	29
4	METODOLOGIA	32
4.1	Tipo de Estudo	32
4.2	Etapas da Pesquisa	32
4.2.1	O Modelo Teórico-lógico	32
4.2.2	Construção dos indicadores para a Matriz de Avaliação	35
4.2.3	Seleção e caracterização da amostra	37
4.2.4	Coleta de dados	37
4.3	Aspectos Éticos	38
5	RESULTADOS	39
5.1	Artigo Científico Inédito	39
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	67
	APÊNDICES	72

APRESENTAÇÃO AOS LEITORES

Esse documento foi apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

As normas do curso estabelecem que o documento final inclua um artigo, formatado e encaminhado para uma revista especializada da área.

Atendendo a essa determinação, essa dissertação está apresentada em duas partes:

- Descrição da pesquisa desenvolvida: apresentado para a banca examinadora, incluindo: introdução, fundamentação teórica, objetivos, metodologia, referências bibliográficas e apêndices da pesquisa.
- Artigo científico inédito: apresentando os resultados da pesquisa;

A organização desse documento tem como objetivo acelerar a divulgação dos resultados da pesquisa. O artigo está formatado de acordo com as normas da revista **Interface: comunicação, saúde, educação**, eleita para submissão.

1 INTRODUÇÃO

Na área de saúde o objetivo do trabalho vai além da construção de produtos ou objetos, envolve a relação do trabalhador consigo e com os pacientes, resultando na produção do cuidado. O cuidado é uma atividade dinâmica, relacional e se realiza através da intervenção do trabalhador. Esse processo é permeado pela subjetividade, visto que o ser humano, objeto de intervenção, é complexo e participa ativamente através de troca de saberes e experiências (MERHY; FRANCO, 2005).

O processo de trabalho na área de saúde é diretamente influenciado pelos modelos de atenção à saúde predominantes, os quais determinam a forma de atendimento e o acesso aos serviços de saúde pela população. No Brasil existem dois modelos majoritários: o modelo médico-hegemônico e o modelo sanitarista. O modelo médico hegemônico é caracterizado por ser individualista, biologicista e inclui aspectos da medicina apenas curativa. Já o modelo sanitarista apresenta valores diferentes, com uma atenção de abrangência comunitária, estratégias de campanhas de vacinas, controle de endemias e ações de vigilância sanitária e epidemiológica (PAIM, 2008). Cabe aos gestores proverem condições para que os profissionais de saúde em todos os níveis de atenção possam superar o modelo hegemônico médico-centrado e ampliar o potencial de resolução dos problemas, inclusive no atendimento a urgências.

O campo da saúde é subdividido em diversas áreas e atenção e esta pesquisa foi centrada nos serviços de urgência e emergência. Para o atendimento às urgências médicas existe a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) responsável pela regulamentação, organização e prestação de atendimento à população. Está estruturada em quatro componentes, organizada a partir de uma central de regulação: componente pré-hospitalar, pré-hospitalar móvel, componentes hospitalar e pós-hospitalar.

O componente Pré-hospitalar é composto pelas Unidades Básicas de Saúde, Centros de Especialidades e Unidades de Pronto Atendimento. O componente Pré-hospitalar móvel é composto pelo SAMU e os serviços associados de salvamento e resgate. O componente Hospitalar inclui as emergências e os leitos de internação especializados. E o componente Pós-Hospitalar a atenção domiciliar e os hospitalis-dia.

O foco desta pesquisa delimitou-se ao SAMU, que presta um serviço de acesso rápido, disponível 24 horas por dia a toda a população. O processo de trabalho deste serviço inicia através de uma ligação feita

por qualquer pessoa, que após uma triagem inicial será avaliado por um médico regulador. Este definirá a gravidade da urgência e decidirá sobre a necessidade de enviar socorro, podendo ser de suporte básico ou avançado. Na sequência acionará a ambulância mais próxima da localidade para prestar o atendimento inicial e encaminhar ao ponto de referência mais adequado. O trabalho é desenvolvido em equipe, envolvendo diferentes profissões e percepções, que devem efetuar seu trabalho de forma complementar.

O presente estudo justifica-se pelo crescente aumento da demanda pelos serviços na área de urgência e emergência, devido ao aumento do número de acidentes, de violência, e outros fatores da vida moderna que aumentam o percentual de anos potenciais de vida perdidos, enfatizando a importância e necessidade de qualificação e ampliação do setor. Entende-se que o processo de trabalho no SAMU deve ser ágil, sendo necessário habilidades profissionais específicas, recursos estruturais mínimos, trabalho em equipe e treinamento, que influenciarão na efetividade da assistência fornecida.

Aprofundou-se a discussão sobre o processo de trabalho desenvolvido nesta área, mais especificamente sobre o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Frente a importância da avaliação e do monitoramento das ações de saúde desenvolvidas no contexto do Sistema Único de Saúde com objetivo de qualificar a atenção à saúde e a relevância das ações no âmbito de urgência e emergência, a proposta desta dissertação foi de avaliar as condições estruturais para o processo de trabalho das unidades de atendimento do SAMU.

Foi construído um modelo de avaliação e testado na região da Grande Florianópolis. Discute-se ao longo do trabalho a aplicabilidade desse modelo, a relevância dos indicadores propostos, assim como o resultado obtido na avaliação das condições estruturais das Unidades de Atendimento do SAMU incluídas na pesquisa.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU, na Grande Florianópolis.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Desenvolver um modelo de avaliação das condições para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU;
- 2 Testar a aplicabilidade do modelo de avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU em Santa Catarina - Grande Florianópolis.
- 3 Identificar pontos de fragilidade nas condições estruturais para o trabalho das Unidades de Atendimento do SAMU em Santa Catarina – Grande Florianópolis

3. REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão aprofundados os temas relacionados ao trabalho, ao processo de trabalho em saúde, o processo de trabalho na área de urgência e emergência, com foco para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e a avaliação do processo de trabalho em saúde. Sobre o trabalho serão discutidos conceitos, concepção histórica, elementos importantes e sua influência na vida das pessoas. O trabalho em saúde descreverá características específicas a este contexto, como o trabalho em equipe, os modelos assistenciais vigentes, e os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, especialmente o relacionado às urgências e emergências. No decorrer da pesquisa foram analisadas características do processo de trabalho do componente de atendimento pré-hospitalar móvel, da Política Nacional de Atenção às Urgências, o SAMU. Por fim, foi enfatizada a abordagem avaliativa na óptica do processo de trabalho em saúde.

3.1 CONCEPÇÕES SOBRE O TRABALHO

O trabalho ocupa grande parte do tempo das pessoas, e neste local desenvolvem habilidades. Trabalhar significa exercer uma atividade física e/ou intelectual sobre algo, com um objetivo previamente determinado, o qual resultará na transformação de um objeto. O trabalho humano tem a característica especial de ser o único onde quem o exerce é capaz de antes mesmo de executar uma ação, ter em mente o que irá produzir, imprimindo intencionalidade e finalidade ao trabalho. Neste processo transforma a si mesmo e a natureza (MARX, 1983).

O modo como o trabalho é realizado e o que se faz com seus produtos variam conforme a sociedade que se analisa. Diversos autores conceituam o trabalho, porém a grande maioria deles segue a linha marxista, considerado um dos autores mais importante na área.

O trabalho ocorre na interação entre o ser humano e a natureza, sendo o primeiro o regulador desse processo. Ele, através da sua força, apropria-se da natureza e a modifica conforme as suas necessidades, imprimindo sentido a sua vida, modificando inclusive a sua própria natureza. A atividade exercida pelo ser humano durante o trabalho opera uma transformação sobre o objeto, transformando-o em um produto que atende às suas necessidades, com um valor-de-uso. O objeto será transformado naquilo que o homem idealizou (MARX, 1983).

Esta visão sobre trabalho enfatiza principalmente a interação entre o ser humano e a natureza, imprimindo sentido à vida, sendo também considerado uma atividade voltada para a subsistência humana. É um processo em que ocorre tanto a transformação do sujeito como a do objeto de trabalho, tornando-o útil à vida. Este raciocínio reflete a intencionalidade do trabalho para além da sobrevivência, numa relação qualitativa do produto, voltada especificamente para o uso e não para a troca como bem de consumo.

Na antiguidade o trabalho, como descrito no antigo testamento, estava relacionado a sofrimento ou infortúnio. Para a tradição judaico-cristã o termo está associado à punição frente ao pecado original. Este sentido está relacionado com a própria origem da palavra trabalho, que vem do latim *tripalium*, instrumento utilizado por agricultores. Associa-se a palavra trabalho ao verbo *tripaliare*, igualmente do latim vulgar, que significava "torturar sobre o tripalium", mencionado como uma armação de três troncos, ou seja, suplício que substituiu o da cruz, instrumento de tortura no mundo cristão. Na sociedade antiga o trabalho, devido seu caráter servil e humilhante recaiu sobre os escravos. A escravatura foi um recurso utilizado para a produção e a condição de vida nas sociedades do período. Com a Reforma Protestante o trabalho passou a ser visto como instrumento de salvação e como forma de realizar a vontade divina (BUENO, 1988).

Na Idade Média, o trabalho, não mais escravo, se dava através da relação senhor-servo. Ocorreu uma evolução nas relações de trabalho, visto os servos serem livres e poderem migrar para outras regiões, algo nem sempre possível, por não receberem salário e dependerem quase totalmente de seus senhores. Neste período, o trabalho adquiriu um sentido positivo, considerado uma ação autocriadora, como um espaço de aplicação das capacidades humanas, e o homem, em seu trabalho, como senhor de si e da natureza. Ganha destaque nessa época o trabalho artesanal, limitado aos mercados locais, mas com ganho do domínio de todo o processo produtivo. Para Cherques (2009), na Idade Média o trabalho se afasta do sentido religioso perdendo o sentido motivacional, e passa a ser visto como um meio necessário para permitir a sobrevivência. Nessa época ocorre a revolução agrícola, o surgimento das cidades e a implantação da sociedade patriarcal.

Com o advento da produção industrial, na Idade Moderna, ocorreu o êxodo rural e as pessoas começaram a oferecer sua força de trabalho em troca de um salário. Surgeu oficialmente a relação de emprego, e concretizou-se a sociedade capitalista, centrada inicialmente

no trabalho industrial, havendo um enfraquecimento do trabalho na agricultura e artesanal.

Cherques (2009), ao descrever a origem da sociedade capitalista, destaca que o seu início se deu a partir da dissolução da ordem feudal, a princípio na Inglaterra. Destaca o enfraquecimento da relação servil como modo de produção dominante e a expansão da produção de mercadorias na sociedade burguesa. Iniciou-se o assalariamento dos trabalhadores, tornando-se a nova relação de produção.

No capitalismo o trabalho se tornou abstrato, um dever, não uma disposição prática. Este trabalho “abstrato” já não buscava o valor de uso e sim o valor de troca, o que corresponde ao valor que o produto tem como mercadoria, obtendo significado quantitativo. A sociedade capitalista é economicamente e politicamente dominada pelo capital (MARX, 1983).

Neste momento da história se evidenciou um novo processo sobre a lógica do trabalho. Os produtos além de valor de uso passaram a ter valor de troca, de mercadoria. O trabalho teve enfraquecido o sentido de realização pessoal e passou a expressar o valor de acúmulo, voltado ao enriquecimento de poucos, os proprietários das indústrias, enquanto estes explorariam a mão de obra de muitos, os trabalhadores.

Junto ao modo de produção capitalista, surgiu um sistema de produção conhecido como Taylorismo-fordismo. Tratou-se de uma forma de organização da produção industrial, voltada sobre os processos de trabalho com o objetivo de aumentar a produtividade e o lucro. Houve um aumento da exploração do trabalhador, através do controle do seu tempo e movimento, sendo que as máquinas ditavam o ritmo de trabalho. Destaca-se a fragmentação dos processos de trabalho, a precarização e alienação do trabalhador, e a exploração da mão de obra.

Cherques (2009) indica para o desaparecimento da ética e do verdadeiro sentido do trabalho. Este tornou-se altamente instrumentalizado e institucionalizado, e a tecnificação e a rotinização imposta no taylorismo, em busca de um maior esforço produtivo, ocasionou um declínio ainda maior do alcance de realização do trabalhador. Buscou-se somente status, poder e riqueza dos proprietários industriais e maior exploração da mão-de-obra.

Existem diversos aspectos negativos evidenciados com o capitalismo, entre eles o processo de alienação do trabalhador. O homem durante o desenvolvimento do trabalho tornou-se estranho ao produto de sua atividade. O trabalho tornou-se determinado pela necessidade externa e não para a satisfação do trabalhador, trazendo

frustração e desinteresse. Neste sentido, o trabalho tornou-se estranho ao trabalhador, não trazendo realização ao homem, tornando-o escravo e sendo desumano.

Outro fator relacionado ao capitalismo refere-se à fragmentação dos processos de trabalho. Esta correspondeu ao desmembramento de uma atividade em diversas etapas menores, com atribuições específicas aos trabalhadores, para executá-las de modo repetitivo. A repetitividade das tarefas trazia maior habilidade e destreza, aumentando o desempenho do trabalhador, e com isso produzindo mais capital para a indústria. Porém, embora possa ser positivo para a indústria, este processo leva, como destacado acima, à alienação do trabalhador, e insatisfação por não conhecer o processo de produção como um todo, perdendo qualquer sentido ou valor para àquela ação que ele executa.

Hirata (2011) destaca outros aspectos relacionados ao trabalho precário como a falta de proteção social e de direitos associados ao emprego, os baixos salários e o número elevado de horas de trabalho.

Lênin, em contrapartida, descreveu aspectos positivos em relação ao capitalismo, em especial ao sistema taylorista, como o fato do mesmo implicar num enorme progresso à ciência, que analisou sistematicamente o processo de produção e abriu caminho para um grande aumento da produtividade do trabalho humano (LENIN, 1988 apud NETO, B. R. de M, 2002).

Pode-se reconhecer, que a lógica estabelecida, centrada no capitalismo, com seu modo de produção, trouxe avanços econômicos. Mas é válido ressaltar, que os métodos utilizados, e a forma como a mão de obra do trabalhador foi e ainda é explorada, é desumano e proporciona más condições de vida à maior parte das pessoas.

Alguns autores dialogam que para manter a eficiência produtiva gerada pelo capitalismo é necessário reverter o crescente processo de desumanização imposto nos processos de trabalho. É necessário que o trabalhador aproprie-se do trabalho, seja melhor qualificado, participando da maior parte do processo, imprimindo sentido à sua vida. Sendo assim, a eficiência produtiva teria de ser sacrificada, e o trabalho caminhar em uma direção de caráter artesanal

Para a conquista do trabalho livre e emancipado é necessário que seu conteúdo atinja um caráter diretamente social, e esteja revestido de caráter científico. O trabalhador deve ser qualificado ao seu trabalho, se tornar um sujeito ativo e participar de todo o processo de produção, compreendendo e participando de todas as etapas desenvolvidas.

Na sociedade contemporânea, imersa no sistema capitalista, notam-se diversos elementos do trabalho discutidos até então. Salienta-

se a transformação que ocorreu nos processos de trabalho frente à informatização e aos avanços tecnológicos. Esses elementos tem modificado os processos de trabalho, tornado-os mais simplificados, porém exigindo maior habilidade e tecnificação dos trabalhadores.

Marx (1983) reafirmou o exposto acima quando explicita que o processo de trabalho, ao atingir certo nível de desenvolvimento, exige meios de trabalho mais elaborados. O que distingue as diferentes épocas econômicas não é o que se faz, mas como, com que meios de trabalho se faz.

A sociedade contemporânea vive a era tecnológica, a qual tem mudado drasticamente o ambiente de trabalho, assim como os padrões estabelecidos. Trouxe maior competitividade aos produtos, aumento dos mercados e das ofertas através da globalização, além da redução de custos. Este novo panorama exige maior qualificação do trabalhador, agilidade, e a necessidade de atualização constante do mesmo.

Devido a amplitude e a diversidade dos campos de trabalho existentes, estes variam conforme a sua especificidade e objetivos, mas também apresentam elementos em comum. Analisando o microprocesso do trabalho encontra-se o objeto, que é a matéria prima que será “modificada” ou “transformada” através do trabalho em um produto que pretensamente tenha alguma utilidade, com o uso de ferramentas ou instrumentos de trabalho, que podem ser instrumentais (equipamentos), conhecimentos e saberes. Os homens são os agentes de todos os processos de trabalho em que se realiza a transformação dos objetos ou condições para se atingir fins previamente estabelecidos. (FARIA et al. 2009; MERHY e FRANCO, 2005).

Para Merhy e Franco (2005), o trabalho difere de acordo com o que se produz. Depende da matéria prima, técnica aplicada, e forma de organização. O processo de trabalho combina trabalho em ato e consumo de produtos feitos em trabalhos anteriores. O trabalho no setor da saúde resulta na produção de um cuidado. Possui objetos, instrumentos e rotinas específicas que serão detalhados minuciosamente a seguir.

3.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O objeto de trabalho na área da saúde é um sujeito repleto de qualidades que necessitará de cuidados, orientação e tratamento, devendo participar ativamente de todo o processo. O agente de trabalho, o profissional de saúde, é aquele que imprimirá sentido ao processo de trabalho, e através dos instrumentos, que vão além dos materiais

utilizados, representando também o nível técnico de conhecimento, transformará o objeto, gerando um produto final, a ação terapêutica, um serviço em defesa da vida e da saúde das pessoas. É um trabalho da esfera de produção não-material que se completa no ato de sua realização (BENEVIDES, B. R; BARROS, B. M. E. 2007; FARIA, et al. 2009; MERHY et al. 2007; PIRES, 2008).

O processo de trabalho em saúde refere-se a uma atividade de produção dinâmica, relacional e se realiza, essencialmente, pela intervenção criativa do trabalhador. O objeto é o ser humano, e as tecnologias utilizadas compreendem a produções de vínculo, acolhimento, autonomia e gestão além dos saberes estruturados nas diversas especialidades (MERHY, 2007).

O trabalho é um momento privilegiado de exercício de capacidades, de manifestação ativa dos indivíduos e, por isso, pode-se dizer que a realização em si dessas individualidades é também um objetivo de todo trabalho, estabelecido por subjetividades ou complexos de subjetividades em diversos níveis de estruturação. Dito de outra forma, desenvolver a capacidade e a possibilidade de realizar um trabalho pode ser, em si mesmo, um objetivo (FARIA, et al.2009).

Por conjugar diferentes perspectivas em contextos dinâmicos de relação entre sujeitos/atores e objetos de intervenção, o trabalho em saúde também pode ser compreendido como um conjunto de atividades que se desenvolvem simultaneamente, exercidas por trabalhadores de diferentes áreas, com formações, saberes e experiências distintas. Ele deve se dar de maneira coletiva, visto a complexidade e a variedade de situações encontradas, e o resultado do trabalho de um profissional depende do trabalho do outro, havendo necessidade de uma troca de saberes entre ambos.

Os processos de trabalho em saúde são organizados através de ações voltadas para a intervenção no processo de saúde-doença, articulando-se os recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde existentes em uma coletividade. Os modelos de atenção à saúde influenciam diretamente os processos de trabalho na área e se referem ao cuidado, à assistência, à intervenção, às ações ou às práticas em saúde, refletindo as combinações tecnológicas dispostas no ambiente de trabalho. Orientam e organizam os meios de trabalho (saberes e instrumentos) utilizados nas práticas de saúde (PAIM, 2008).

A partir do início do século XX, a atenção médica foi fortemente influenciada por um relatório que cunhou uma série de modificações nos currículos médicos, baseado em determinados

pressupostos ideológicos para a medicina, como o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, o especialismo e a tecnificação do ato médico (MENDES, 1996).

O Modelo Flexneriano ficou mundialmente conhecido, marcando decisivamente a sistematização da assistência à saúde. Neste sentido surgiu o Modelo Hospitalocêntrico com uma hierarquia nos níveis de serviços de saúde. Essa hierarquia baseava-se no modelo piramidal, com os níveis de atenção dispondo de diferentes tecnologias. Neste modelo a concentração de recursos financeiros é destinada à atenção secundária e terciária, em especial ao nível hospitalar (PAIM, 2008).

Após a Conferência de Alma-Ata em 1978, desenvolveu-se o movimento de Atenção Primária à Saúde, em contraposição ao modelo hospitalocêntrico, com propostas de reorganização do modelo de atenção à saúde. Tem como foco a ampliação da atenção básica, como porta de entrada do Sistema de Saúde, e visa aspectos para além do curativo, como a promoção à saúde e a prevenção da doença.

No Brasil existem dois modelos majoritários: o modelo médico-hegemônico e o modelo sanitarista. O modelo médico hegemônico é caracterizado por ser individualista, biologista e inclui aspectos de uma medicina apenas curativa. Já o modelo sanitarista apresenta valores diferentes, com uma atenção de abrangência comunitária, estratégias de campanhas de vacinas, controle de endemias e ações de vigilância sanitária e epidemiológica (PAIM, 2008).

Ao longo da história, na área da saúde, o trabalho dos profissionais submeteu-se ao saber médico. Porém o modelo médico hegemônico apresenta diversas limitações: centra-se apenas no atendimento de doentes, é fragmentado, superespecializado, e não atende as situações prioritárias de saúde da população. O trabalho em saúde deve permitir um espaço para a intersecção dos demais saberes no atendimento ao paciente, como ocorre no modelo sanitarista, que embora também apresente deficiências, volta-se para uma atenção mais generalista, com abordagem qualitativa que vai além da questão curativa. É preciso modificar a organização do trabalho centrado no médico para uma organização centrada no usuário a partir da formação de uma equipe multiprofissional (FRANCO, MERHY, 2005).

A complexidade dos problemas de saúde exige conhecimentos profundos em cada área e por isso é necessário um inter-relacionamento entre as diversas profissões. Porém a falta de integração, com a especialização do conhecimento, ao invés de gerar avanço pode ocasionar fragmentação e alienação. Deve haver cooperação entre os

trabalhadores e os usuários, compartilhamento de saberes, numa dinâmica que atravessa diferentes pontos de vista. O processo de trabalho deve ser desenvolvido em equipe, com a participação de diversos profissionais, expondo e compartilhando seus conhecimentos específicos, inclusive considerado o saber dos usuários envolvidos (BRASIL, 2009; PIRES, 2008).

O trabalho em saúde é um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assim como por trabalhadores de equipes de apoio que desenvolvem atividades fundamentais para a assistência, como a equipe de limpeza, motoristas e auxiliares administrativos. Existem relações hierárquicas tradicionais, verticalizadas, na qual a classe médica se sobrepõe aos demais profissionais, e os profissionais de nível superior sobre os de nível médio e elementar.

Na perspectiva do trabalho em equipe, é necessário que os trabalhadores desenvolvam múltiplas atividades, possibilitando intervirem em diferentes fases do processo, com relações hierárquicas mais horizontais e informais. Com trabalhadores mais instrumentalizados, escolarizados e revalorizados, haverá maior integração entre concepção e a execução do trabalho.

Um trabalho compartimentalizado, onde cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes multiplica esforços, e até pode levar a atitudes contrárias. Uma possibilidade para a mudança na fragmentação do trabalho está na implantação dos “cuidados integrais”, como vem ocorrendo com as equipes de enfermagem. Neste, as tarefas são realizadas no contexto da assistência, possibilitando um trabalho mais criativo por profissionais qualificados. O trabalho é mais cooperativo, feito em conjunto, de maneira multidisciplinar e interdisciplinar, menos parcelar (PIRES, 2008).

No processo de trabalho em saúde a produção de serviços para os usuários deve incluir espaços de valorização dos diversos atores envolvidos. O trabalho vai além do que está definido previamente e engloba vários aspectos do cotidiano, assim como os acordos e pactos realizados e até mesmo o que foi pensado, mas não realizado. De maneira geral, é constituído por um constante diálogo entre o que existe e a criação de novas formas de trabalhar. Tanto a prescrição quanto a experiência são complementares e importantes para o desenvolvimento do trabalho.

A valorização do trabalhador também interfere no resultado final. As instituições devem reconhecer o profissional, propiciar o ganho

de conhecimento, além dos demais instrumentos de trabalho, permitindo o desenvolvimento de sua capacidade de produção no ambiente de trabalho.

O trabalho em saúde faz parte do Setor Terciário da economia, mais especificamente dentro do setor de prestação de serviços. Este, cresce progressivamente e, assim como os demais, é fortemente influenciado pela lógica de acumulação de capital, pela inovação tecnológica e pelas novas formas de organização de trabalho nas indústrias. Além disso o processo de trabalho em saúde sofre influência de outros fatores como culturais, a organização política, os modelos administrativos-gerenciais, os conhecimentos adquiridos, os recursos tecnológicos e o modo de produção vigente (PIRES, 2008).

O trabalho em saúde desenvolve-se em diferentes ambientes de trabalho, com diferentes níveis de complexidade. É subdividido em atenção primária, secundária e terciária, e as atividades desenvolvidas são de promoção à saúde, prevenção, diagnóstico, curativa e de reabilitação. Cada setor apresentar suas especificidades e a força de trabalho varia em qualificação, formação e quantidade. Os profissionais de saúde devem dominar os conhecimentos e técnicas para assistir ao indivíduo ou grupos com problema de saúde (PIRES, 2008).

A produção do ato assistencial em saúde envolve um conhecimento sobre o processo que não é dominado pela administração da instituição, e nem existe uma equipe de técnicos e gerentes que determinam qual é a tecnologia assistencial que será empregada e o papel de cada trabalhador, como ocorre nas empresas da produção material. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional (PIRES, 2008).

O trabalho em saúde ocorre em diversos locais/espacos e envolve diferentes especialidades de atenção, conforme a necessidade de saúde da população. O foco desta pesquisa foi na área de Urgência e Emergência, estabelecida através da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). A PNAU é responsável pela regulação e organização das demais redes assistenciais e por prestar atendimento humanizado à população sob situação de risco, que necessitar deste serviço.

Faz-se necessário entender o que são situações de urgência e emergência em saúde. Conforme a resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1451/95, Artigo 1, Parágrafo primeiro e segundo: define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica

imediate. E define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1995).

A área de Urgência e Emergência constitui-se em um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda por serviços nesta área nos últimos anos, devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana e à insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga de serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento da população. Isso tem transformado esta área numa das mais problemáticas do Sistema de Saúde (BRASIL, 2004). Esta área é um desafio para todos os países, pois quase sempre cabe ao serviço público assumir a maioria dos serviços de urgência e emergência, visto não serem rentáveis para um serviço privado.

Os serviços de urgência e emergência são estruturados diferentemente em outros países, mas exercem relativa influência sobre o modelo adotado no Brasil. Na França todas as solicitações de ajuda médica são direcionadas para o Centro de Controle de Operações (Centro 15), no qual o solicitante sempre recebe uma resposta médica (FONTANELLA, 1992). O modelo é centralizado numa rede de comunicações e baseado na regulação médica. Nos EUA, no número telefônico 911 centraliza todos os chamados de emergência, sendo as emergências médicas direcionadas ao profissional da área. O APH americano é realizado por profissionais não médicos.

A Rede de urgência e emergência (RUE) no Brasil é coordenada pela atenção básica à saúde e prevê a necessidade de desenvolvimento de diversas outras ações como as de promoção e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A RUE tem como objetivo integrar e articular todos os equipamentos de saúde, ampliando e qualificando o acesso aos usuários em situação de urgência e emergência. Entre os equipamentos de saúde destacam-se a sala de estabilização, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a Atenção Hospitalar e a Atenção Domiciliar.

Diversos elementos são necessários para a assistência em urgência e emergência. As condições estruturais são fatores que influenciam diretamente o processo de trabalho em saúde. Precisa-se de um quantitativo razoável de profissionais com habilidades para agir rapidamente de forma eficiente e integrada frente a diversas situações, desenvolvendo diversas atividades ao mesmo tempo no atendimento de

pacientes que podem estar em risco de morte. Soma-se a necessidade de recursos materiais adequados, com tecnologia de ponta, em quantidade suficiente e a existência a atualização de normas, protocolos e rotinas que embasam a prática profissional dos trabalhadores.

3.3 O PROCESSO DE TRABALHO NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) está estruturada pelos seguintes componentes: a Rede Pré-hospitalar, composta pelas Unidades Básicas de Saúde, Estratégia de Saúde da Família, e Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), o componente Pré-hospitalar móvel, composto pelo SAMU e os serviços associados de salvamento e resgate, o componente hospitalar, através das portas de entradas nas emergências e os leitos de internação especializados, e o componente pós-hospitalar, através da atenção domiciliar, hospitais-dia, entre outros.

O SAMU, é um serviço pertencente ao componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU). A PNAU compreende os mesmos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como: universalidade, humanização, equidade, integralidade e regionalização no atendimento às urgências. Além disso prevê a qualificação da assistência e para isto promove a capacitação contínua das equipes de saúde do SUS na atenção às urgências.

O SAMU está vinculado a uma Central de Regulação é um serviço de acesso rápido a toda a população através do número de telefone 192. Apresenta equipes e frotas de veículos disponíveis 24 horas, as quais devem ser compatíveis com as necessidades de saúde da população de um município ou região. Para isso, a área de cobertura para o atendimento deve ser previamente definida, considerando-se aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados. É responsável por realizar o atendimento de urgência e emergência em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, contando com profissionais e veículos de salvamento.

Para a prestação de atendimento o Ministério da Saúde orienta que haja ambulâncias na proporção de um veículo de suporte básico à vida para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, e de um veículo de suporte avançado à vida para cada 400.000 a 450.000 por habitantes (BRASIL 2004).

O veículo de suporte básico de vida é aquele destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. A equipe da USB consiste em um motorista e um técnico ou auxiliar de enfermagem. O veículo de suporte avançado à vida é aquele destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função, e a equipe consiste em um motorista, um enfermeiro e um médico (BRASIL, 2006).

O SAMU no Estado de Santa Catarina é um serviço de saúde desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde organizadas macrorregionalmente. No estado está organizado em 8 macrorregionais estabelecidas da seguinte forma: Chapecó, Florianópolis, Sul, Norte-Nordeste, Vale do Itajaí, Foz do Itajaí, Meio-Oeste e Planalto Serrano. As USB estão sob responsabilidade e gerenciamento dos municípios e as USA são de responsabilidade do estado, mediante administração de uma Organização Social, denominada “Organização Social Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina” (SPDM), desde 22 de agosto de 2012.

O trabalho no SAMU é acionado por qualquer pessoa através de uma ligação. Inicialmente o atendimento é realizado por um técnico em regulação médica, que após uma triagem inicial passará a ligação para um médico regulador. O médico irá definir o grau de urgência da situação e decidirá sobre envio, ou não, do socorro, que poderá ser prestado por uma ambulância de suporte básico ou avançado, conforme a necessidade de cada caso.

O processo de trabalho no SAMU é desenvolvido por uma equipe composta por médico regulador, técnico-telefonista, médico assistente, enfermeiro, técnico de enfermagem e motorista.

Normas e rotinas objetivas são elementos importantes para a estruturação e o bom funcionamento de um serviço. No SAMU existem leis, portarias e protocolos de trabalho utilizados internacionalmente. Faz-se necessário que os profissionais conheçam essas rotinas e tenham habilidades práticas desenvolvidas no cotidiano de trabalho.

Com o atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU), pretende-se reduzir o tempo de chegada dos pacientes em situação de risco ao hospital adequado, além da oferta de um atendimento qualificado

prestado no momento da ocorrência, aumentando a possibilidade de sobrevivência da vítima, reduzindo o tempo de internação nos hospitais e amenizando as sequelas pela falta de atendimento precoce.

Diversos elementos são importantes durante o processo de trabalho no SAMU. Uma regulação médica eficiente, articulada com os demais pontos da rede de saúde, permitindo encaminhar o paciente para o melhor local, uma equipe completa e competente, ágil, com conhecimentos técnicos e destreza, recursos materiais suficientes e inclusive condições ambientais, podem influenciar diretamente na eficácia do atendimento.

A gestão do SAMU influencia diretamente no processo de trabalho. Por exemplo, a forma de contratação e remuneração dos profissionais é algo que envolve a satisfação dos mesmos e portanto reproduzirá nos resultados do trabalho. A disposição logística e estratégica das ambulâncias e os pontos de referência ao atendimento, os quais facilitam o acesso da equipe e reduzem o tempo para realizar o atendimento, frente às situações de urgência e emergência.

O sucesso da ação do SAMU deve levar em conta aspectos específicos da assistência prestada; a dinâmica do trabalho em equipe, levando em conta as relações interpessoais equipe-equipe, equipe-público alvo, e a capacitação dessa equipe; o tempo despreendido para o primeiro atendimento da equipe;

As condições estruturais: materiais, humanas e tecnológicas, foco do estudo desta dissertação, exercem importante influência sobre a efetividade do processo de trabalho desenvolvido. Os recursos humanos devem ser capacitados para as atividades que desenvolvem, estar em quantidade suficiente, experientes e hábeis na função, assíduos e com seus direitos trabalhistas garantidos. Os recursos materiais e tecnológicos devem estar disponíveis conforme a legislação vigente, com ambulâncias em bom funcionamento, equipadas com materiais de boa qualidade, além da existência e acessibilidade de normas e rotinas atualizadas, adequadas para a realidade do cotidiano de trabalho, servindo com ferramenta eficaz na atuação dos profissionais envolvidos.

Com tudo isto, a população deve ter fácil acesso à assistência prestada, agilidade durante o atendimento, além da garantia do cumprimento e execução dos procedimentos conforme protocolos estabelecidos.

3.4 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, COM FOCO NAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS

Avaliar consiste em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo que forneça informações válidas e legítimas, permitindo aos atores se posicionarem e construírem um julgamento capaz de ser traduzido em ação. Este julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou, ser elaborado a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa) (CONTANDRIOPOULOS et al, 2000).

Conforme o mesmo autor a avaliação possui quatro objetivos oficiais: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção, fornecer informação para melhorar um intervenção no seu decorrer, determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela será mantida, transformada ou interrompida e contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica.

Santos e Merhy (2006) afirmam que a avaliação é parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos.

Existem poucos estudos relacionados a avaliação do Processo de trabalho em saúde. Alguns trabalhos descrevem o perfil dos trabalhadores, o cotidiano de trabalho, características específicas, mas não abordam elementos-chave para o desenvolvimento do mesmo, embora existam algumas iniciativas de avaliação da qualidade da assistência prestada.

Os primeiros estudos nessa área iniciaram a partir de 1980, relacionados ao trabalho do médico e posteriormente em outras áreas de atuação profissional. Para a análise do processo de trabalho em saúde diversos elementos devem ser contemplados de forma articulada pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho. Vários aspectos são específicos ao contexto da área da saúde, e devem ser analisados e explorados cuidadosamente. As formas flexíveis de trabalho na área, a questão do duplo ou triplo emprego-vínculo, a necessidade de se prestar um cuidado integral e promover a autonomia dos sujeitos, as relações entre o profissional-usuário, profissional-profissional, o trabalho em equipe, entre outros fatores (GONÇALVES, 1996).

É necessário constantemente repensar o significado e o modo como o trabalho é organizado, visto à dupla finalidade do mesmo:

produzir bens e serviços necessários ao público, assim como cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos. Para Campos (2005), esta é uma área complexa, que precisa ser estudada, analisada e avaliada, para cada vez mais proporcionar maior qualidade à população.

Os estudos de enfoque mais teórico, no campo da avaliação em serviços de saúde, admitem dificuldades nos processos avaliatórios, sobretudo em serviços complexos de saúde nos quais estão articulados e hierarquizados diferentes processos de trabalho (DONABEDIAN, 1980; NEMES, 1995). O ato de avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma ação ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisão e promoção de mudanças, tornar as ações mais racionais e efetivas (DONABEDIAN, 1990).

Nogueira (1997) indica que para analisar o processo de trabalho em saúde devem ser considerados 03 aspectos principais. Inicialmente é preciso compreender que o trabalho na área da saúde compartilha características comuns a outros processos, havendo um campo de saberes e práticas compartilhados. Trata-se de um serviço, o que difere dos outros setores de produção. E por fim, é um serviço que desenvolve uma relação interpessoal intensa, que se dá durante todo o processo.

O processo de trabalho na área de saúde, especialmente na urgência e emergência, conforme citado pelo autor, apresenta diversos aspectos subjetivos, com características distintas entre os setores. A interação com o paciente, no processo de cuidar, é um aspecto ainda mais complexo de ser avaliado, visto a subjetividade deste contato. Neste sentido, sugere-se a avaliação direta da população, através de formulários ou outros meios de comunicação, visando conhecer o nível de satisfação da clientela.

De acordo com Hartz (1999), à medida que a atenção à saúde exige respostas às necessidades de populações específicas com maior vulnerabilidade ou alto risco, a avaliação de programas baseada em princípios epidemiológicos, necessários para determinar estratégias de maior efetividade é consensualmente tida como indispensável

Schwartz (1998), analisa outros aspectos do processo de trabalho, através de alguns ingredientes que considera essenciais para o desenvolvimento do mesmo, entre eles: a necessidade de que os profissionais conheçam os protocolos existentes; incorporem o histórico/saberes da experiência; façam o debate de valores que atravessam as atividades de trabalho; a relação com o saber; e tenham a competência para gerir e criar sinergias, ou seja, capacidade de trabalhar

em equipe. Conforme este autor, os profissionais apresentando esses elementos, propiciariam um melhor ambiente de trabalho.

O processo de trabalho em saúde, na lógica do setor de serviços é diversificado em relação aos demais setores e não pode ser controlado ou ter todas as suas etapas previstas como na engenharia de produção, por exemplo. Lidar com pessoas, requer flexibilidade, subjetividade, visto as diversas interações que ocorrem a todo momento. Para a avaliação do processo de trabalho no SAMU, diversos elementos deverão ser contemplados, conforme proposto no modelo teórico-lógico exposto a seguir.

Donabedian (1990) orienta que para a efetividade da avaliação ela não deve ficar restrita a uma só perspectiva ou a um determinado componente, e sim estar integrada aos três componentes que permeiam as ações de saúde: estrutura, processo e resultado. Porém, neste estudo pretende-se analisar especificamente o componente estrutura, que é composto fundamentalmente pelos recursos humanos e materiais-tecnológicos.

Contandriopoulos et al. (2000), reafirma que a avaliação estrutural busca conhecer em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Esse tipo de apreciação deveria permitir a análise de competência dos profissionais, como a organização administrativa favorece a continuidade e a globalidade e se os recursos são suficientes para oferecer o leque completo dos serviços prestados.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo:

O presente estudo classifica-se como uma pesquisa avaliativa, cujo produto final resultou na avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, nos municípios da grande Florianópolis.

4.2 Etapas da Pesquisa:

4.2.1 O modelo Teórico-lógico:

Para desenvolver este modelo de avaliação buscou-se consolidar o referencial teórico com o objetivo de orientar os aspectos que são essenciais no desenvolvimento do processo de trabalho. Essa construção teórico-lógica foi fundamentada nas teorias de processo de trabalho e avaliação e através da Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU (Portarias GM 1600/2011, GM 2026/2011).

A literatura analisada para a construção teórico-lógica, do modelo de avaliação e para o estabelecimento de dimensões de análise sobre o processo de trabalho do SAMU foram selecionadas nas bases de dados bibliográficos SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe das Ciências da Saúde). A busca se deu com o cruzamento dos descritores Trabalho em saúde com Processo de Trabalho, Urgências Médicas, SAMU e Avaliação. Para construção do referencial teórico utilizado para pesquisa foi estabelecido a escolha de estudos compreendidos entre 2002 a 2012, escritos em língua portuguesa, espanhola e inglesa, e realizados em território nacional. Foram excluídos os documentos que não apresentam o texto completo disponível nas bases de dados. Foram obtidos 127 estudos na base de dados LILACs e 172 estudos na base de dados SciELO, sendo que encontrou-se 43 trabalhos duplicados, totalizando 213 estudos. Destes, foram selecionados apenas os que tratavam de processo de trabalho em saúde, totalizando 35 estudos.

O modelo desenvolvido para avaliação do processo de trabalho, subdivide a PNAU em 04 componentes: Pré-hospitalar fixo, Pré-hospitalar móvel, Hospitalar e Pós-hospitalar. O SAMU encontra-se situado no Componente Pré-hospitalar móvel, e o processo de trabalho desta esfera inicia a partir de chamado telefônico direcionado pela Central de Regulação, com as demandas de urgência e emergência,

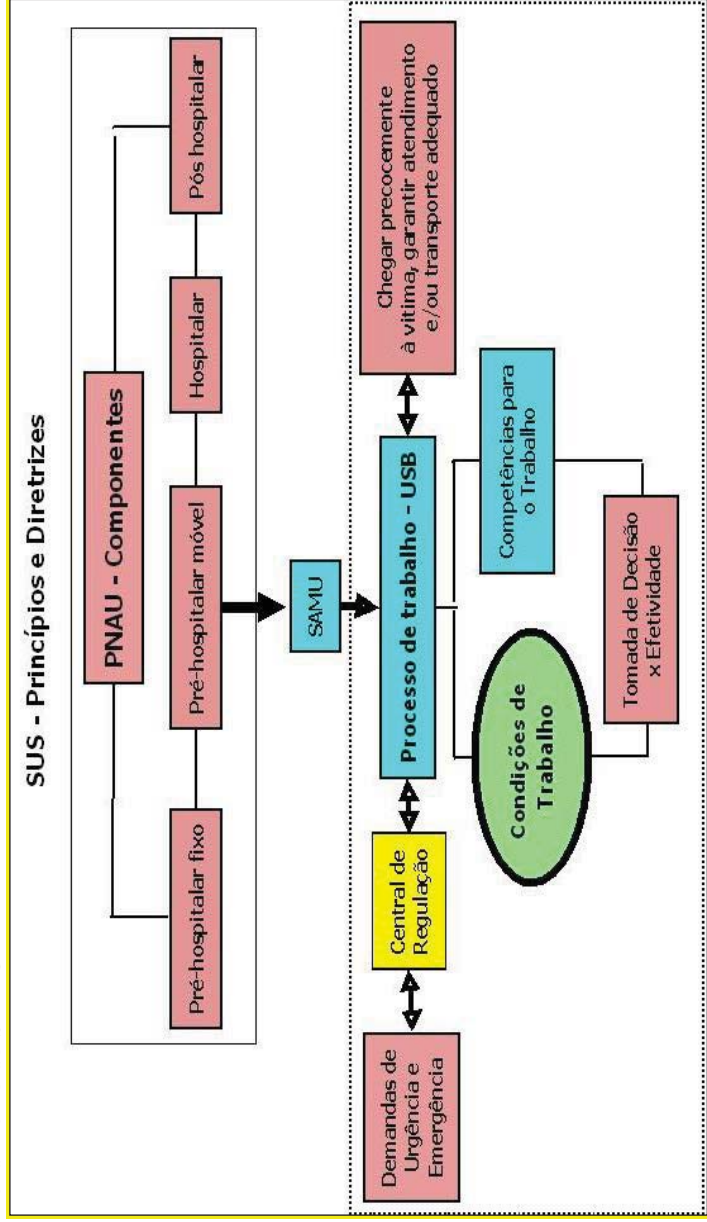
tendo como objetivos chegar precocemente a vítima, garantir atendimento e/ou transporte adequado.

O Processo de Trabalho desenvolvido no SAMU é influenciado diretamente pelas condições estruturais e pelas competências dos profissionais, que em conjunto repercutirão na correta tomada de decisão e efetividade do atendimento prestado.

As **condições de trabalho** são inferidas pela disposição dos recursos materiais, tecnologias e equipamentos necessários para o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais do SAMU, além da existência de recursos humanos mínimos e da presença dos aspectos normativos que orientem a prática profissional. Para o processo de trabalho nas unidades de atendimento do SAMU são necessários ambulâncias equipadas e em funcionamento, materiais-insumos de ponta e em quantidade suficiente, equipes capacitadas para o atendimento em urgência e emergência, asseguradas em seu emprego e em quantidade suficiente para ofertar coberturas as 24 horas do dia e a existência de normas e rotinas atualizadas para apropriar os trabalhadores.

As competências para o trabalho são um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que influenciam o trabalho de uma pessoa, relacionando-se inclusive, com o seu desempenho (GRAMIGNA, 2002). Envolve conhecimentos, qualificação e experiência do profissional de saúde, além das atitudes relacionadas à comunicação e a relação interpessoal, assim como as condutas éticas que permeiam todo o processo. A figura 01 apresenta o modelo teórico-lógico proposto para avaliação.

Figura 01 – Modelo Teórico-Lógico de avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU



Fonte: Dados de pesquisa, 2013.

Como o processo de trabalho no SAMU é um tema amplo e complexo, e requer análise sob diversos aspectos, o foco da matriz de avaliação repousou sobre as condições de trabalho, mais especificamente nas condições estruturais.

4.2.2 Construção dos indicadores para a Matriz de avaliação

A proposta de matriz avaliativa se baseou na revisão bibliográfica e análise documental, e foi discutida em atividades acadêmicas do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. Outro fórum de discussão foi uma oficina com um grupo de experts da academia, composto por 07 Doutores ligados à área de avaliação em saúde e de processo trabalho, na Universidade Federal de Santa Catarina, e 01 profissional ligado diretamente ao SAMU. A oficina realizada em maio de 2013 pautou-se na técnica de Comitê Tradicional e as decisões tomadas por consenso.

A matriz final de indicadores foi reformulada até o consenso entre os participantes. Ao todo foram gerados onze indicadores: cinco compoem a dimensão Recursos Humanos, três indicadores compoem a dimensão Recursos Materiais, e três para a dimensão de Aspectos Normativos, conforme o quadro 01. Para a avaliação considerou-se o município como adequado em cada dimensão quando no mínimo 2/3 dos indicadores foram considerados adequados. Para a emissão do juízo final para as condições estruturais do SAMU foi assumido que para o município ser adequado é necessário que ela seja bom na dimensão de RH e em pelo menos mais uma dimensão. Justifica-se a adoção deste critério devido a importância dos Recursos Humanos no desenvolvimento do processo de trabalho, sendo considerado determinante às demais dimensões. Os indicadores construídos, suas medidas e seus respectivos racionales estão dispostos no Apêndice A.

Quadro 01: Síntese da matriz avaliativa das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU.

Dimensão	Indicador
Recursos Humanos	Carga horária coberta por hora plantão
	Turnover
	Absenteísmo
	Vínculo empregatício
	Atividades de educação permanente
Recursos Materiais	Cobertura das Unidades de Atendimento
	Adequação das ambulâncias
	Equipamento de rádio-comunicação
Aspectos Normativos	Existência de rotinas e protocolos
	Atualização dos documentos normativos
	Cumprimento das normas

Fonte: Dados de pesquisa, 2013.

O indicadores da dimensão de **recursos humanos** pretendem avaliar se as equipes do SAMU estão completas, não havendo necessidade de reposição de profissionais nas escalas de trabalho através das **Horas Plantões**, a **rotatividade** dos profissionais, identificando a fixação no local de trabalho, o percentual de **faltas dos profissionais**, relacionando aos afastamentos para tratamento de saúde, o **vínculo contratual** estabelecido com os trabalhadores e se estes participam regularmente de **atividades de educação permanente**, atividade essencial para a qualificação do atendimento.

Os **recursos materiais** são mensurados através da avaliação da **cobertura das unidades de atendimento**, relacionando a proporção de ambulâncias pela população de abrangência, a **adequação das ambulâncias**, verificando os materiais e medicamentos disponibilizados conforme o preconizado e funcionamento dos **aparelhos de rádio-comunicação**, essencial para estabelecer o contato das unidades de atendimento e a central de regulação, direcionando para a melhor conduta.

A dimensão de **aspectos normativos** destaca para a necessidade do serviço apresentar **rotinas e protocolos** bem estabelecidos, que norteiem as atividades desenvolvidas e que haja a **atualização** constante desses instrumentos. Além disso, será avaliado o **cumprimento das rotinas** básicas desenvolvidas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Com a matriz avaliativa definitiva, foi construído um questionário semi-estruturado (APÊNDICE B) para ser utilizado na pesquisa, aplicado na macrorregião da Grande Florianópolis, selecionada pela grande capacidade instalada na região e facilidade de acesso.

4.2.3 Seleção e caracterização da amostra

A pesquisa foi desenvolvida na macrorregião da Grande Florianópolis, com uma estrutura e organização semelhante às demais regionais de saúde do estado de Santa Catarina, composta por 12 municípios, com uma população total de 1.041.828 pessoas (IBGE, 2013). Esta região é composta por 01 Central de Regulação, 16 Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB), 04 Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA), 02 Equipes de Aéromédicos, e 02 Veículos de Intercorrência Rápida (SES, 2013) . Dentre os municípios, 83,33% aceitaram participar da pesquisa proposta.

Os locais pesquisados seriam as Unidades de Saúde Avançada (USA) e as Unidade de Suporte Básico (USB), com o objetivo de avaliar as condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU. Porém, após 03 meses de tentativa de coleta de dados nas USA, gerenciadas por uma Organização Social, não foi obtido acesso aos dados propostos nos questionários, nem acesso à verificação de materiais nas ambulâncias. Por este motivo, a pesquisa foi centrada nas USB, sob gerência dos municípios.

4.2.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados junto aos municípios através da aplicação de um questionário para as USB, disponíveis no Apêndice B, e de um “check-list” de materiais, conforme a Portaria 2048/2012, disponível no Apêndice C.

A coleta ocorreu durante os meses de Julho a setembro de 2013. Inicialmente foi obtido o contato dos responsáveis técnicos e/ou trabalhadores das unidades do SAMU dos municípios da Grande

Florianópolis, através da SES-SC e das secretarias municipais de saúde. Foi realizado o contato telefônico com todos, apresentado o projeto de pesquisa, assim como o parecer do Comitê de Ética e feito o convite para participação da pesquisa. Dos 12 municípios componentes da Grande Florianópolis, 10 aceitaram participar da pesquisa, sendo que alguns optaram pela aplicação do questionário presencialmente no local de trabalho e outros pelo envio do questionário por email. A verificação das ambulâncias de cada município ocorreu presencialmente.

4.2.5 Aspectos Éticos:

Foi solicitado liberação junto a Gerência do Serviço Móvel de Urgência de Santa Catarina para acesso aos profissionais que compõem USBs, para a proposição da pesquisa, respeitando as questões éticas como anonimato, sigilo, fidedignidade, obedecendo às diretrizes da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1986).

Esta pesquisa incorpora os referenciais básicos da Resolução CNS 466/2012, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Os participantes das oficinas e da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Apêndice D e E, tendo garantido o sigilo da identificação pessoal. Foi enviado à SES-SC uma Declaração de Anuência e Autorização da Instituição para declaração do conhecimento e autorização para realização da pesquisa, conforme Apêndice F.

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO CIENTÍFICO INÉDITO

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS PARA O TRABALHO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO DO SAMU.

EVALUATION MODEL OF THE STRUCTURAL CONDITIONS FOR LABOR OF THE HEALTH CARE UNITS OF SAMU.

EVALUACIÓN DE LAS CONDICIONES ESTRUCTURALES PARA EL TRABAJO DE LAS UNIDADES DE TRATAMIENTO SAMU.

Autores:

André de Bastiane Lancini¹
Josimari Telino de Lacerda²

1 Mestrando do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina

2 Professora adjunta do Departamento de Saúde Pública - UFSC

Endereço para correspondência:

André de Bastiane Lancini
Rodovia João Paulo, 710, Torre II, apto 404b
Florianópolis – SC – CEP: 88030-300
E-mail: andrelancini@gmail.com

RESUMO

Este artigo apresenta a avaliação das condições estruturais para o processo de trabalho nas unidades de atendimento do SAMU, na macrorregião da Grande Florianópolis. O modelo teórico orientou-se pela revisão de literatura científica, normativa e legal. A matriz avaliativa foi aperfeiçoada em oficinas de consenso com especialistas em avaliação, processo de trabalho e SAMU. O modelo final é composto pelas dimensões de Recursos Humanos, Recursos Materiais e Aspectos Normativos, configurando uma matriz de avaliação com onze indicadores. O modelo foi aplicado nas Unidades de Suporte Básico,

com a participação de 83,33% dos municípios. Verificou-se que 60% dos municípios apresentam uma adequada estrutura de trabalho. Os indicadores que demonstraram maior deficiência foram turnover e vínculo empregatício, apontando para a necessidade de valorização e melhorias na forma de contratação dos profissionais. O modelo demonstrou viabilidade de aplicação e apresentou resultados compatíveis com a literatura analisada.

Palavras-chave: Trabalho. Processo de Trabalho em Saúde. Serviço de atendimento móvel de urgência.

ABSTRACT

This work presents an evaluation of the structural conditions for labor process of the health care units of SAMU in the macro-region of Florianopolis. The theoretical model was guided by scientific literature review, normative and legal. The evaluative matrix was refined in consensus workshops with assessment specialists, healthcare labor process and SAMU. The final model is composed by the dimensions of Human Resources, Material Resources and Regulatory Aspects, constituting an evaluation matrix with eleven indicators. The model was applied in the Unit Basic Support with the participation of 83.33% of the municipalities. It was found that 60% of municipalities have an appropriate working structure. The indicators that demonstrated greater disability were related to turnover and employment relationship, pointing to the need for recovery and improvement in the way of hiring professionals. The model showed feasibility and has validity because the results are consistent with the literature review.

Keywords: Labor, healthcare labor process, mobile emergency care service

RESUMÉN

En este artículo se presenta la evaluación de las condiciones estructurales para el proceso de trabajo en las unidades de atendimento del SAMU, la macro-región de Florianópolis. El modelo teórico se basó en la revisión de la literatura científica, regulatória y legal. La matriz de evaluación se perfeccionó en los talleres de consenso con expertos en evaluación, proceso de trabajo y SAMU. El modelo final se compone de las dimensiones de los Recursos Humanos, Recursos Materiales y

aspectos normativos , mediante el establecimiento de una matriz de evaluación con indicadores once. El modelo se aplicó a las Unidades de Soporte Básico, con la participación del 83,33 % de los municipios. Se encontró que el 60 % de los municipios tienen una estructura de trabajo adecuada. Los indicadores que han demostrado una mayor deficiencia son turnover y empleo, que apunta a la necesidad de la recuperación y la mejora en la forma de contratación de profesionales. El modelo demostró la viabilidad de la aplicación y presenta resultados consistentes en la literatura .

Palabras clave: Trabajo, Proceso de Trabajo en Salud, Servicio de atención de emergencia móvil.

INTRODUÇÃO

A saúde é um campo complexo com diversas peculiaridades e especificidades. A área de urgência e emergência ganhou destaque nos últimos anos devido ao aumento de doenças cardiovasculares e mortes por causas externas. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é uma das estratégias de atendimento tem como objetivos reduzir o tempo de chegada dos pacientes em situação de risco ao hospital adequado e ofertar um atendimento qualificado no momento da ocorrência, aumentando a possibilidade de sobrevivência da vítima, reduzindo o tempo de internação nos hospitais e amenizando as sequelas pela falta de atendimento precoce.

O SAMU está vinculado à uma Central de Regulação que garante o acesso ao recurso mais adequado a cada necessidade e propicia um adequado fluxo de usuários na Rede de Atenção às Urgências. O SAMU presta um atendimento rápido, disponível 24 horas por dia, compatível com as necessidades de saúde da população. A área de cobertura de atendimento é definida considerando-se os aspectos demográficos, populacionais, territoriais, indicadores de saúde, oferta de serviços e fluxos habitualmente utilizados (Brasil, 2004).

As principais unidades de atendimento do SAMU são as Unidades de Suporte Básico (USB), e as Unidades de Suporte Avançado (USA). A USB é destinada ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino. A USA é destinada ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos

intensivos (Brasil, 2006). A equipe das USB consiste em um motorista e um técnico de enfermagem, e a das USA em um motorista, um enfermeiro e um médico. Para a prestação de atendimento é necessário que haja ambulâncias na proporção de um veículo de USB para cada 100.000 a 150.000 habitantes, e uma USA para 400.000 a 450.000 por habitantes (Brasil, 2004)

O trabalho em saúde é dinâmico e relacional, e articula elementos físicos, tecnológicos e humanos na resolução dos problemas de saúde. Para a prestação da assistência é necessário um interrelacionamento de diferentes profissões da área de saúde, em um trabalho em equipe que somam diferentes saberes e competências. A área de urgência e emergência é um desafio, pois requer lidar com tempo limitado para prestação de atendimento, que deve ser rápido, ágil, eficiente e integrado, numa dinâmica acelerada de trabalho, assistindo e acompanhando pacientes com risco eminente de morte.

As condições estruturais representam um importante elemento para o desenvolvimento do processo de trabalho. O objetivo desta pesquisa foi avaliar as condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU, na Grande Florianópolis. Foi desenvolvido um modelo de avaliação composto pelas dimensões de Recursos Humanos, Recursos Materiais e Aspectos Normativos, configurando uma matriz de avaliação com onze indicadores e onze medidas, e aplicado na macrorregião da Grande Florianópolis, que será apresentado ao longo do estudo.

Contandriopoulos et al. (2000) afirma que a avaliação estrutural busca conhecer em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Esse tipo de apreciação deveria permitir a análise de competência dos profissionais, como a organização administrativa favorece a continuidade e a globalidade e se os recursos são suficientes para oferecer o leque completo dos serviços prestados.

A complexidade e importância do trabalho em saúde, em especial nos serviços de urgência e emergência, somado à carência de estudos avaliativos, somam-se a inquietação da presente pesquisa. Procurou-se ao longo do estudo aprofundar a discussão sobre o trabalho desenvolvido nesta área com objetivo de qualificar a atenção à saúde, frente a relevância das ações no âmbito de urgência e emergência

METODOLOGIA

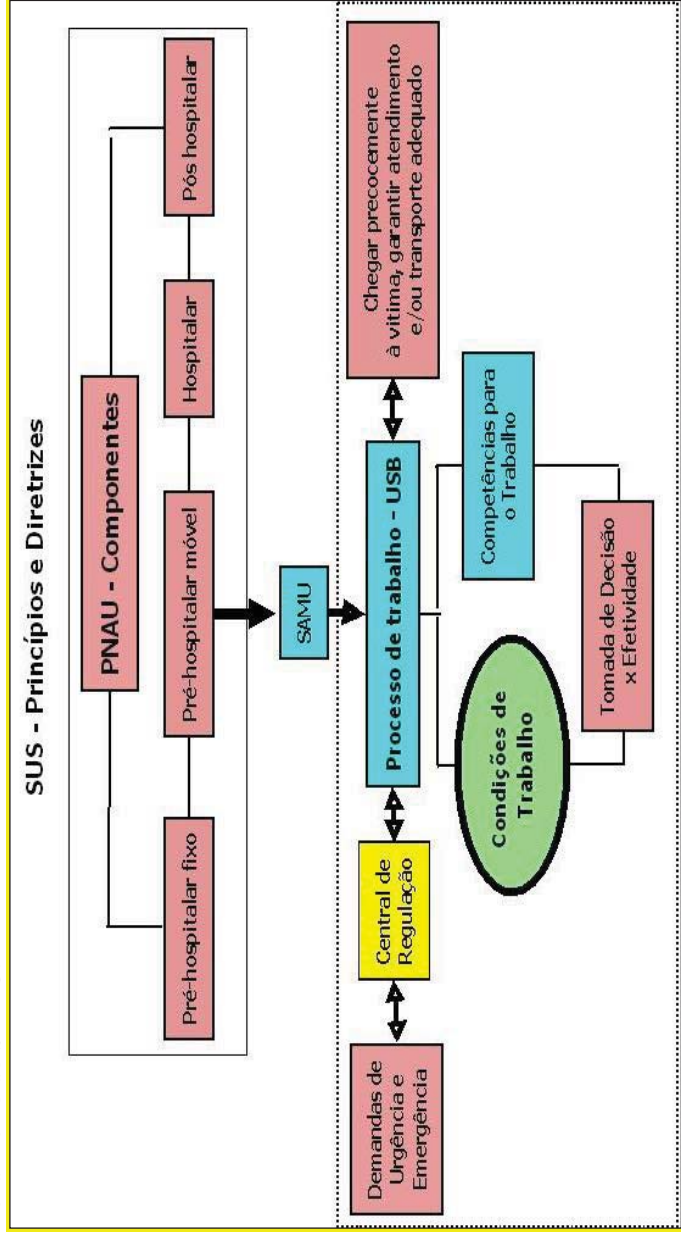
O presente estudo trata-se de uma pesquisa avaliativa, cujo produto final resultou na avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, nos municípios da Grande Florianópolis. Foi construído em duas etapas: construção do modelo teórico e matriz avaliativa e aplicação do modelo.

Construção do Modelo Teórico-lógico:

O modelo teórico-lógico é uma ferramenta dos estudos avaliativos que possibilita reconhecer o objeto de estudo e o contexto em que ele está inserido, amplia a visão e orienta a avaliação. Para o desenvolvimento do modelo foi consolidado o referencial teórico dos elementos essenciais para o desenvolvimento do processo de trabalho. Essa construção foi fundamentada nas teorias de processo de trabalho, avaliação e na legislação vigente, através da Política Nacional de Atenção às Urgências – PNAU (Brasil, 2011)

A literatura analisada para a construção do modelo de avaliação foi selecionada nas bases de dados bibliográficos SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe das Ciências da Saúde). A busca se deu com o cruzamento do descritor Trabalho em Saúde com os descritores Processo de Trabalho, Urgências Médicas, SAMU e Avaliação. Foram obtidos 127 estudos na base de dados LILACS e 172 estudos na base de dados SciELO, sendo que 43 trabalhos eram duplicados, totalizando 213 estudos. Destes, foram selecionados apenas os que tratavam de processo de trabalho em saúde, totalizando 35 estudos. Apresenta-se abaixo o modelo Teórico-Lógico desenvolvido.

Figura 02: Modelo Teórico-Lógico de avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU:



Fonte: Dados de pesquisa, 2013.

O Modelo Teórico-Lógico indica a Política Nacional de Atenção às Urgências como ordenadora da atenção às urgências em todos os níveis do SUS, desde as Unidades Básicas, Equipes de Saúde da Família até os cuidados pós-hospitalares. A PNAU está subdividida em 04 componentes: Pré-hospitalar fixo, Pré-hospitalar móvel, Hospitalar e Pós-hospitalar. O SAMU encontra-se no componente pré-hospitalar móvel, e o processo de trabalho está ligado à uma Central de Regulação que definirá a gravidade da urgência e decidirá sobre a necessidade de enviar socorro, garantindo atendimento e/ou transporte adequado. As condições de trabalho, representadas pelos recursos materiais, humanos, e os aspectos normativos, foco do estudo desta dissertação, exercem importante influência sobre a efetividade do processo de trabalho desenvolvido.

Com base no Modelo Teórico-Lógico foram identificados os indicadores apropriados para a avaliação do objeto. Essa construção foi obtida através da revisão bibliográfica e sua inclusão na matriz avaliativa definida em oficina com especialistas da área no formato de Comitê Tradicional. Participaram da oficina 07 Doutores ligados às áreas de avaliação em saúde e de processo trabalho, e 01 profissional ligado diretamente ao SAMU.

A matriz final de indicadores foi reformulada até o consenso entre os participantes. Ao todo foram incluídos onze indicadores: cinco compoendo a dimensão Recursos Humanos, três compoendo a dimensão Recursos Materiais, e três para a dimensão de Aspectos Normativos. Para a avaliação considerou-se o município como adequado em cada dimensão quando no mínimo 2/3 dos indicadores foram considerados adequados. Para a emissão do juízo final para as condições estruturais do SAMU foi assumido que para o município ser adequado é necessário que ela seja bom na dimensão de RH e em pelo menos mais uma dimensão. Justifica-se a adoção deste critério devido a importância dos Recursos Humanos no desenvolvimento do processo de trabalho, sendo considerado determinante às demais dimensões.

Com a matriz avaliativa definitiva, foi construído um questionário semi-estruturado para ser utilizado no teste de aplicabilidade do modelo, na macrorregião da Grande Florianópolis, selecionada pela grande capacidade instalada na região e facilidade de acesso.

Caracterização do local de pesquisa:

A macrorregião da Grande Florianópolis apresenta uma estrutura e organização semelhantes às demais regionais de saúde do estado de Santa Catarina, composta por 12 municípios, com uma

população total de 1.041.828 pessoas (Ibge, 2013) Esta região é composta por 01 Central de Regulação, 17 Unidades de Suporte Básico de Vida Terrestre (USB), 04 Unidades de Suporte Avançado de Vida Terrestre (USA), 02 Equipes de Aéromédicos, e 02 Veículos de Intercorrência Rápida (Ses, 2013) Entre os municípios, 83,33% aceitaram participar da pesquisa proposta.

O modelo avaliativo foi elaborado para avaliar as condições estruturais para o processo de trabalho das Unidades de Saúde Avançada (USA) e as Unidade de Suporte Básico (USB). Porém, após 03 meses de tentativa de coleta de dados nas USA, gerenciadas por uma Organização Social, sem acesso aos dados propostos nos questionários, nem acesso à verificação de materiais nas ambulâncias, optou-se por sua aplicação apenas nas USB sob gestão municipal.

- Coleta de dados:

Ocorreu durante os meses de Julho a setembro de 2013. Inicialmente foi obtido o contato dos responsáveis técnicos e/ou trabalhadores das unidades do SAMU dos municípios da Grande Florianópolis, através da SES-SC e das secretarias municipais de saúde. Foi realizado o contato telefônico com todos eles, apresentado o projeto de pesquisa, assim como o parecer do Comitê de Ética, e feito o convite para participação da pesquisa. Todos os responsáveis pelos municípios aceitaram participar.

Aspectos Éticos

Foi solicitado liberação junto a Gerência do Serviço Móvel de Urgência de Santa Catarina para acesso aos profissionais que compõem as USBs, para a proposição da pesquisa, respeitando as questões éticas como anonimato, sigilo, fidedignidade, obedecendo às diretrizes da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012)

Esta pesquisa incorpora os referenciais básicos da Resolução CNS 466/2012, que visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (Brasil, 2012).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina e pelo Comitê de Ética da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Os participantes das oficinas e da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e garantido o sigilo da identificação pessoal. Foi enviado à SES-SC uma Declaração de Anuência e Autorização da Instituição para declaração do conhecimento e autorização para realização da pesquisa.

RESULTADOS

O modelo proposto permitiu analisar as condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU trazendo uma imagem do desempenho dos municípios da Grande Florianópolis. O modelo de avaliação foi subdividido em três dimensões: Recursos Humanos, Recursos Materiais e Aspectos Normativos.

A dimensão **Recursos Humanos** se refere à totalidade de empregados e colaboradores que compõem uma organização. Para a avaliação foram elencados cinco indicadores: carga horária coberta por hora-plantão, rotatividade, absenteísmo, vínculo contratual estabelecido, e a participação em atividades de educação permanente.

Para a média **carga horária coberta por hora plantão** utilizou-se percentual de plantões por HP na escala dos profissionais. O trabalhador não deve ultrapassar um limite de horas além do seu expediente, pois o desgaste físico compromete o rendimento e pode ocasionar riscos tanto aos trabalhadores quanto aos pacientes. Considerou-se para esta análise as horas extras/plantões realizados acima do quantitativo mínimo estabelecido conforme a carga horária de cada profissional. Assumiu-se como “adequado” os municípios que possuem profissionais com vínculo de 30 horas semanais, quando não ultrapassarem 80% da CH em hora-plantão e como “inadequado” quando ultrapassarem 80% da CH. Para os municípios com profissionais com vínculo de 40-44 horas semanais, assumiu-se como “adequado” até 50% da CH em HP e inadequado acima de 50% da CH em HP. Utilizou-se para essa categorização o Decreto 7186/2010 que trata do adicional por hora plantão hospitalar, que orienta o limite de 24 horas semanais de HP (Brasil, 2010).

O **turnover** foi verificado através do percentual de profissionais ligados e desligados no último ano comparado ao efetivo médio existente no período (2012). Altas taxas de turnover prejudicam o serviço e geram custos desnecessários. É importante a fixação dos profissionais, visto a experiência refletir em melhores resultados. Para a definição dos parâmetros utilizou- o estudo de Sancho et al. (2011) que considera aceitável um turnover de até 15%.

O **absenteísmo** foi obtido através da análise do percentual de faltas dos profissionais no ano de 2012. Para o desenvolvimento do processo de trabalho é necessário a assiduidade dos profissionais. No SAMU, como as equipes são reduzidas, a falta de apenas um profissional pode comprometer, ou até mesmo impedir o funcionamento das atividades. O absenteísmo demonstra a proporção de profissionais

com faltas relacionadas à insatisfação no trabalho, baixos salários, adoecimentos, entre outras causas. Pode ser ocasionado pelas más condições de trabalho, insatisfação do trabalhador, adoecimentos, entre outras causas. Para a definição do parâmetro adotou-se como “adequado” o percentual de 7% conforme estabelecido na Resolução COFEN n 293/2004 que estabelece taxa de absenteísmo de 6,67% (Cofen, 2004).

Para o indicador **vínculo empregatício** utilizou-se o percentual de profissionais com vínculo estável. Vínculo estável abrange os profissionais em regime estatutário e CLT. O processo de trabalho sofre influência do vínculo empregatício dos profissionais. Trabalhadores de carreira com vínculo estável possuem seus direitos assegurados, com baixo risco de desemprego, ficam mais tempo ligados à instituição, estando mais habilitados para as rotinas e procedimentos. Já trabalhadores com vínculo fragilizado, através de processos seletivos e contratos, ficam insatisfeitos, tem uma maior rotatividade e desenvolvem menos habilidades-experiência dentro das instituições. Assumiu-se que os municípios que possuem menos que 94% de trabalhadores estatutários como situação “inadequada” e mais que 94% como situação “adequada”. Para a categorização foi utilizada a pesquisa “Planos de Carreiras das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde” de Arias et all. (2006) que identificou em média 5,7% dos cargos dos PCCS como cargos em comissão, e considerando a possibilidade de haver alguma necessidade de contratação temporária de urgência e/ou de interesse público e elevou-se o percentual para 6%.

Para a análise da **educação permanente** foi utilizado o percentual de trabalhadores que participaram de atividades de educação permanente nos últimos dois anos. O processo de trabalho requer a atualização constante dos profissionais, e conseqüentemente a reciclagem de diversos conceitos e entendimentos, proporcionando maior eficiência e qualidade ao trabalho realizado. A educação permanente envolve a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições, desenvolvida a partir da realidade dos profissionais envolvidos, partindo dos problemas enfrentados no cotidiano de trabalho e da experiência das equipes. Definiu-se como parâmetro adequado a participação de 100% dos profissionais em atividades de educação permanente propiciadas pelo próprio serviço.

A dimensão **Recursos Materiais** compreende os instrumentos necessários para o desenvolvimento de uma atividade. Devem apresentar quantidade suficiente e bom estado, permitindo aos trabalhadores o desenvolvimento do processo de trabalho, com reflexo

na qualidade ao atendimento. Foram analisados a cobertura das ambulâncias pela população moradora na região, a adequação das ambulâncias em relação à composição mínima dos materiais exigidos legalmente e o funcionamento do aparelho de radiocomunicação das equipes.

O indicador de **cobertura das unidades de atendimento** mediu a relação de USB em funcionamento conforme a população de abrangência. O processo de trabalho no SAMU envolve o deslocamento das equipes até os locais de ocorrência. Sendo assim, é necessário que a relação de unidades móveis pela população seja respeitada para propiciar um acesso facilitado quando necessário, permitindo um atendimento rápido e eficiente, conforme a demanda de cada caso. Considera-se “adequado” o parâmetro estabelecido na portaria 2048/2002 que define 1 USB para uma população de 100.000 a 150.000 habitantes (Brasil, 2011).

A **adequação das ambulâncias** foi obtida através do percentual de ambulâncias em boas condições de funcionamento. Para o processo de trabalho no SAMU, é necessário que as ambulâncias apresentem bom estado geral, e estejam com todos os equipamentos e medicamentos necessários para a atividade assistencial. As Unidades de Suporte básico (USB) atendem os casos de menor complexidade e contam com equipamento de suporte básico de vida (Brasil, 2012). Este dado foi obtido através da entrevista dos profissionais e da aplicação de um check list dos materiais, conforme a referida portaria. Assumiu-se como “adequado” as ambulâncias que continham 100 % dos materiais.

Para análise do **equipamento de rádio comunicação (ERC)** mediu-se o percentual de ambulâncias com o equipamento de rádio comunicação funcionando. O processo de trabalho no SAMU envolve a comunicação constante dos profissionais que atuam na ambulância com os profissionais da Central de Regulação. Isto permite auxílio e orientação às equipes locais quanto ao atendimento a ser prestado e orienta a melhor conduta-encaminhamento para cada caso. O equipamento de rádio comunicação é o instrumento que permite esta comunicação, sendo essencial o seu bom funcionamento para possibilitar o processo de trabalho entre as equipes do SAMU. Considera-se “adequado” quando o ERC apresenta bom estado de uso e há sinal em todas as regiões de cobertura das ambulâncias.

Os **Aspectos Normativos** são ferramentas que reúnem de forma sistematizada os procedimentos imprescindíveis para execução das atividades das equipes de saúde, sendo um instrumento orientador para o desempenho das atividades assistenciais. Avaliou-se a existência e a

atualização de rotinas e protocolos implantados no SAMU, assim como o percentual de rotinas básicas cumpridas.

Quanto ao indicador **existência de rotinas e protocolos**, foi analisada a existência de rotinas e protocolos no SAMU. As normas e rotinas auxiliam a execução dos procedimentos assistenciais na área de saúde, além de permitir o conhecimento dos fluxos de encaminhamento estabelecidos. São instrumentos orientadores dos profissionais para o desempenho de suas funções, padronizam as atividades, contribuindo para a eficiência e a qualidade dos atendimentos prestados. O parâmetro definido na oficina de consenso considerou como “adequado” os municípios que apresentam rotinas e protocolos implantados

A **atualização dos documentos normativos** foi medida através da revisão e atualização dos mesmos nos últimos 02 anos. O processo de trabalho na área da saúde é dinâmico e modifica seus métodos constantemente. Assim, é necessário que os instrumentos norteadores das práticas profissionais acompanhem essa evolução, permitindo a escolha da melhor conduta para cada caso. Considerou-se “adequado” os documentos normativos atualizados minimamente a cada dois anos.

Para a análise do indicador **cumprimento de rotinas** analisou-se cinco das principais rotinas do SAMU presentes na “Apostila do SAMU”, disponível no site da SES: os uniformes são de uso obrigatório, os EPIs são de uso obrigatório, existência de supervisão para o uso de EPIs e uniformes, existência de instrumento de verificação e controle dos materiais e medicamentos, e verificação diária dos materiais e medicamentos. As normas e rotinas auxiliam a execução dos procedimentos assistenciais na área de saúde e padronizam as atividades realizadas. O seu cumprimento contribuirá para elevar eficiência e a qualidade dos atendimentos prestados. Optou-se como parâmetro “adequado” aos municípios que cumprem 80% das rotinas analisadas.

Os indicadores, suas medidas e parâmetros segundo as dimensões são apresentados no quadro 01.

Quadro 02: Dimensões, indicadores, medidas e parâmetros utilizados para a matriz de avaliação das condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU

Dimensão Recursos Humanos		
Indicador	Medida	Parâmetro
CH coberta por HP	% de plantões por HP na escala dos profissionais	Vínculo de 30 hr semanais: 10 plantões Adequado - até 80% da CH Inadequado - acima 80% da CH Vínculo de 40 hr semanais: 15 plantões Adequado - até 50% da CH Inadequado - acima de 50% da CH
Turnover	% de profissionais desligados no último ano	Adequado - 0 a 15% Inadequado - > 15%
Absenteísmo	% de faltas dos profissionais	Inadequado - > 7% Adequado - < 7%
Vínculo Empregatício	% de profissionais com vínculo estável (CLT ou efetivo)	Adequado - > 94% Inadequado - < 94%

Educação Permanente	% de trabalhadores que participaram de atividades de educação permanente nos últimos dois anos	Adequado - > 100% Inadequado - < 100%
Dimensão Recursos Materiais		
Cobertura das Unidades de Atendimento	Relação entre unidade móveis (USB) em funcionamento e população	Adequado - 1 USB para 100.000 a 150.000 hab. e 1 USA para 400.000 a 450.000 hab. Inadequado - padrões populacionais acima do recomendado
Adequação das ambulâncias	Percentual de ambulâncias em boas condições de funcionamento	Adequado - 100% Inadequado - < 100%
Equipamento de rádio-comunicação	% de ambulâncias com o equipamento de rádio-comunicação funcionando	Adequado - 100% Inadequado - < 100%
Aspectos Normativos		
Existência de rotinas e protocolos	Existência de rotinas e protocolos no SAMU	Adequado – Sim Inadequado – Não
Atualização dos documentos normativos	Os protocolos e as rotinas foram revisados nos últimos 2 anos	Adequado – Sim Inadequado – Não

<p>Cumprimento das rotinas</p>	<p>% de rotinas cumpridas: 1- Os uniformes são de uso obrigatório; 2- Os EPIs são de uso obrigatório; 3- Existe supervisão para o uso de EPIs e uniformes; 4- Existe instrumento de verificação e controle dos materiais e medicamentos; 5- É feita a verificação diária dos materiais e medicamentos</p>	<p>Adequado - > 80% do cumprimento das rotinas analisadas Inadequado - < 80% do cumprimento das rotinas analisadas.</p>
---------------------------------------	--	--

Fonte: Dados de pesquisa, 2013.

Aplicação do Modelo

A taxa de resposta obtida foi de 83,33% dos municípios correspondendo à recusa de dois, os quais alegaram apresentar uma elevada carga de trabalho e não apresentar uma coordenação para se responsabilizar pelas informações a serem coletadas. Foi escolhida esta região pela similaridade com as demais regiões do estado de Santa Catarina, proximidade territorial, contendo municípios de diferentes portes populacionais, o que também torna viável sua aplicação em outras localidades.

O modelo proposto demonstrou viabilidade de aplicação para municípios de diferentes portes populacionais, e os indicadores demonstraram ser adequados para a avaliação das condições estruturais do processo de trabalho no SAMU. Os dados coletados permitiram gerar as informações importantes, e não foram encontradas dificuldades na utilização dos instrumentos de coleta. A Tabela 01 apresenta o resultado com o juízo de valor dos indicadores, das dimensões e da estrutura do trabalho no SAMU e demonstra o comportamento diversificado dos indicadores entre os municípios analisados.

Tabela 01: Resultado da avaliação das condições estruturais para o processo de trabalho das unidades de atendimento do SAMU, nos municípios da grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2013

M	Pop	RH1	RH2	RH3	RH4	RH5	RM1	RM2	RM3	RM	AN	AN3	RH	RM	AN	ESTRUTURA	FINAL	% meta
1	2765	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	8	72,70
2	2977	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	6	54,55
3	5685	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	81,82
4	12544	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	7	63,64
5	20332	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10	90,91
6	32087	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10	90,91
7	59736	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	9	81,82
8	142558	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	100,00
9	215278	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	8	72,73
10	433158	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	8	72,73
T	1041828	10	6	9	6	8	10	10	4	8	7	8	6	10	8	6		
%		100	60	90	60	80	100	100	40	80	70	80	60	100	80	60		77,30

Legenda: Célula verde – Satisfatório

Célula vermelha - Insatisfatório

M: Municípios. **Pop:** população. **RH1:** Carga Horária coberta por HP; **RH2:** Turnover; **RH3:** Absenteísmo; **RH4:** Vínculo empregatício; **RH5:** Educação Permanente; **RM1:** Cobertura Populacional; **RM2:** Adequação das ambulâncias; **RM3:** Equipamento de rádio-comunicação; **AN1:** Existência de rotinas e protocolos; **AN2:** Atualização dos documentos normativos; **AN3:** Cumprimento das rotinas. **RH:** Dimensão de Recursos Humanos; **RM:** Dimensão de Recursos Materiais; **NA:** Dimensão de Aspectos Normativos.

De maneira geral os indicadores que apresentaram melhor desempenho foram o de carga horária coberta por plantão, o de cobertura das unidades de atendimento e adequação das ambulâncias, com 100% dos municípios considerados adequados. Os que apresentaram pior desempenho foram o de equipamento de rádio comunicação, turnover, e o de vínculo empregatício, variando entre 40% e 60% dos municípios classificados como adequados.

A dimensão de **Recursos Humanos** apresentou o melhor desempenho no indicador de CH coberta por HP. O município com pior desempenho nesse indicador apresentou 13,3% da CH coberta por HP, e 50% dos municípios declararam que os trabalhadores não exerceram horas extras no ano de 2012. O indicador de vínculo empregatício e de turnover apresentaram o menor desempenho nesta dimensão. Em 20% dos municípios não há nenhum profissional efetivo ou celetista e a rotatividade atingiu até 69,4% dos trabalhadores em um dos municípios analisados. O absenteísmo foi considerado importante apenas em um município, com um percentual de 17,4%. Todos os trabalhadores desenvolveram atividades de educação permanente em 80% dos municípios analisados. De maneira geral na dimensão de RH 60% dos municípios apresentaram-se adequados para os indicadores analisados.

Na avaliação dos **Recursos Materiais** observa-se que o indicador de cobertura das unidades de atendimento e adequação das ambulâncias apresentam os melhores desempenhos. Todos os municípios analisados foram satisfatórios. Para o indicador de equipamento de rádio comunicação verifica-se que 60% dos municípios apresentaram mau funcionamento deste equipamento

Na dimensão **Aspectos Normativos** os indicadores apresentaram os melhores resultados entre as três dimensões. Os indicadores de existência e cumprimento de rotinas foram satisfatórios em 80% dos municípios. Dentre as rotinas analisadas a que apresentou menor percentual foi a que se refere ao instrumento de controle e verificação dos materiais, onde 30% dos municípios não apresentaram. O indicador com menor desempenho foi o de atualização dos documentos normativos,

sendo satisfatório em 70% dos municípios. Em resumo, nesta dimensão 80 % dos municípios avaliados foram considerados adequados.

No geral, em média 77,3% dos indicadores foram satisfatórios nos municípios analisados, variando de 55% no município com menor desempenho e chegando a 100% no município com melhor desempenho. Por fim, a análise das condições estruturais do processo de trabalho das unidades de atendimento do SAMU demonstrou que 60% dos municípios apresentam-se adequados para os indicadores analisados, sendo que a dimensão determinante para a o perfil insatisfatório dos demais municípios foi a de recursos humanos.

DISCUSSÃO

A aplicação do modelo demonstrou-se viável, sendo possível investigar todos os indicadores propostos. Houve dificuldade na obtenção dos dados das USA, o que inviabilizou a pesquisa neste campo. As USA estão sob o gerenciamento de uma Organização Social e vem sofrendo críticas intensas da mídia em relação a diversos aspectos, que vão da assistência à estrutura física-material do serviço. Os dados foram coletados com informações obtidas através dos profissionais de saúde que compõem as equipes, exceto na dimensão que se refere aos recursos materiais, em que o pesquisador realizou uma investigação de campo. Quando as informações não são consultadas em bancos de dados existentes, pode haver uma margem maior para ocorrer omissões ou até mesmo incoerências pelos profissionais que prestam a entrevista.

Os indicadores utilizados na dimensão de recursos humanos são simples e exprimem características importantes para a análise do processo de trabalho. Os baixos percentuais encontrados de hora-plantão refletem equipes completas, necessitando uma baixa cobertura por horas extras. Este dado contrasta a realidade dos trabalhadores do SAMU, visto que um estudo realizado no SAMU de Campinas indica que 42,1% dos

trabalhadores afirmam ter outro emprego e 48% relataram fazer horas extras (Monteiro, Vegian, 2011)

O mesmo ocorre com o indicador de absenteísmo, apresentando apenas 02 municípios com um percentual acima de 7%, considerado inadequado. O absenteísmo caracteriza-se pela ausência do profissional ao emprego. O absenteísmo possui inúmeros motivos, como o adoecimento, o acidente de trabalho, e a sobrecarga-stress e demais condições inadequadas de trabalho. Estudos realizados com profissionais de saúde indicam taxas de absenteísmo que variaram de 2,06% até 9,7% (Fuginin et al., 2011; Becker, Oliveira, 2008; Alves et al., 2006). Desta forma, dentre os municípios analisados, encontra-se um baixo percentual de absenteísmo no SAMU na região estudada.

Verifica-se também uma elevada proporção de profissionais participantes de atividades de educação permanente, o que obviamente irá refletir em maior qualificação no atendimento prestado. Isto denota uma preocupação dos municípios quanto à formação e atualização dos profissionais. A educação permanente enfatiza as necessidades locais e propõe a transformação das práticas profissionais por meio da reflexão crítica do processo de trabalho. É oportuno enfatizar que no ano de 2012 também foi oferecido pela SES aos municípios, uma capacitação em APH móvel e fixo a todos os trabalhadores do SAMU, em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), sendo esta estratégia também responsável pelos altos índices encontrados neste indicador.

Destaca-se nesta dimensão a necessidade de melhoria para alguns municípios quanto à forma de contratação-vínculo dos profissionais. Há municípios que não apresentam profissionais com vínculo estável, ou seja, não possuem profissionais celetistas nem efetivos, ou apresentam em baixa proporção. Também se identifica um elevado turnover nas equipes do SAMU, que reflete no elevado percentual de rotatividade dos profissionais. Este dois indicadores traduzem-se em equipes flutuantes, com baixa fixação no local de trabalho, onde os trabalhadores não têm seus direitos assegurados, ficam insatisfeitos e apresentam baixo desempenho. Um estudo

realizado em um município do RS apontou como as principais causas de rotatividade a precarização do vínculo de trabalho, a fragmentação da formação, o estilo de gestão autoritário, e más condições de trabalho (Carreno et al., 2010)

Os indicadores da dimensão de Recursos Humanos são válidos cumprindo com a medição do que pretendem, apresentam simplicidade, pois são fáceis de serem levantados e analisados, são objetivos, relevantes e de baixo custo-efetividade. Porém, como foram dados informados através de entrevistas, pode haver redução da confiabilidade, especificidade e da sensibilidade, podendo haver omissão por parte dos entrevistados, quanto aos indicadores que podem refletir ineficiência do serviço, tal como o indicador de absenteísmo, por exemplo. Esta dimensão apresentou menor desempenho e é um desafio para os gestores. Déficits de recursos humanos devem ser corrigidos, pois se consideram estes os principais responsáveis pelo desenvolvimento do processo de trabalho.

Os Recursos Materiais, através dos indicadores analisados, refletem uma excelente cobertura de atendimento, visto a região da Grande Florianópolis apresentar dezesseis ambulâncias ao todo. Um recurso estrutural fundamental para a regulação no SAMU é a disponibilidade de ambulâncias. Esse recurso foi previsto pela PNAU utilizando o critério populacional para definir seu quantitativo, através da Portaria 1010/2011 (Brasil, 2011) que recomenda uma ambulância para uma população de 100.000 a 150.000 habitantes. Verifica-se que a região da Grande Florianópolis possui este indicador como adequado, visto que existem dezesseis ambulâncias para a população de 1.041.828 habitantes, correspondendo há aproximadamente 01 USB para em média 65.114 habitantes.

A estrutura das ambulâncias na região é adequada, sendo que todas apresentam bom estado geral, com equipamentos novos e em bom funcionamento. Compete destacar que ao iniciar o atendimento do SAMU em uma região, as ambulâncias são fornecidas pelo Ministério da Saúde e dessa forma padronizadas. Na conferência dos materiais/insumos, observa-se a preocupação

dos municípios visto que todos os locais analisados apresentavam materiais além do que é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em relação ao indicador de equipamento de rádio comunicação identifica-se que os municípios menores apresentam-se insatisfatórios. Isto demonstra que nos municípios mais distantes da capital, devido à geografia da região, apresentam falhas no sinal e no funcionamento do rádio, o que pode interferir no atendimento prestado. Um estudo realizado num município do estado de SP também indica dificuldade de comunicação das equipes USB com a central de regulação, sendo que dentre os aspectos que mais se destacaram citam-se as falhas durante a transmissão via rádio e a falta de capacitação dos operadores de rádio (Bernardes et al, 2012). É importante explorar nessas regiões outras formas de comunicação da equipe assistencial com a central de regulação, de forma a solucionar este problema.

Os indicadores desta dimensão são viáveis de serem aplicados, medindo o que pretendem, simples, objetivos, e confiáveis. Apresentam elevada especificidade e sensibilidade, relevância e custo-efetividade. Esta é a dimensão com melhor desempenho avaliado, mas é um eixo importante de ser analisado, visto que a insuficiência de recursos materiais também inviabilizaria o desenvolvimento do processo de trabalho.

Na dimensão de aspectos normativos é possível analisar que existem rotinas e protocolos implantados na maior parte dos municípios e que estão acessíveis aos profissionais através de documentos impressos, internet, email, murais, entre outros meios de comunicação. As normas e protocolos amparam, padronizam, adequam e orientam a atuação dos profissionais do SAMU, contribuindo para o desenvolvimento do processo de trabalho. No SAMU existem protocolos de atendimentos clínicos conforme o agravo apresentado, além de ferramentas operacionais regulares como mapa de área de atuação identificando os pontos de apoio das unidades básicas e das unidades de maior complexidade, grade de referência e contra-referência dos serviços interligados de urgência do município ou região. A atualização desses documentos, através do relato dos

profissionais, ocorreu nos últimos dois anos em 70% dos municípios analisados, refletindo também um interesse dos municípios na organização do processo de trabalho desenvolvido.

Quanto ao indicador de cumprimento das rotinas, 70% dos municípios desenvolvem todas as rotinas analisadas e apenas 20% foram classificados como insatisfatórios porque cumpriram apenas três das cinco rotinas. Estas rotinas foram extraídas dos documentos normativos do SAMU-SC disponíveis no site SES. Dentre elas, destaca-se que 30% dos municípios não possuem nenhum instrumento de verificação e controle de medicamentos e materiais, considerado essencial para a reposição e controle de estoque. Os indicadores dessa dimensão são válidos, simples, fáceis de serem obtidos e analisados.

A análise final demonstrou que 60% dos municípios apresentam uma adequada estrutura para o processo de trabalho. A dimensão com maior influência na desqualificação dos municípios foi a de recursos humanos, considerada essencial para a adequação dos municípios. Nesta dimensão destacam-se os indicadores de turnover e vínculo empregatício. Ambos apresentaram taxas elevadas o que denota a necessidade de melhoria dos municípios na forma de contratação dos profissionais. Estudos que avaliam a infra-estrutura de serviços de saúde corroboram com os resultados encontrados nessa pesquisa e indicam que o maior déficit encontra-se no setor de recursos humanos (Évora et al., 2011; Matta et al., 2008). Políticas de recursos humanos devem ser implantadas nos municípios, como a criação de plano de cargos e salários, com valorização do trabalhador, fortalecimento do vínculo empregatício, evitando altas taxas de rotatividade, promovendo a fixação e a carreira dos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu analisar as condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU, de forma integrada, através da análise dos recursos humanos, materiais, e

aspectos normativos, propondo um instrumento de avaliação pertinente para aplicação em qualquer região do país.

A matriz avaliativa foi discutida e aperfeiçoada em oficinas de consenso com especialistas da área de avaliação, processo de trabalho e SAMU. O teste de aplicabilidade foi desenvolvido nas USB dos municípios da Grande Florianópolis, com a participação de 83.3% dos municípios. Verificou-se que 60% dos municípios apresentam adequada estrutura de trabalho. Os indicadores que apontaram maior fragilidade se referem à dimensão de recursos humanos, relacionados ao turnover e ao vínculo empregatício, indicando a necessidade de melhorias na valorização e na forma de contratação dos profissionais.

Verificou-se a viabilidade do modelo em municípios de diferentes tamanhos, uma vez que os resultados encontrados não apresentaram variações importantes em razão do porte populacional e são compatíveis com a literatura analisada. Os indicadores são pertinentes e traduzem-se em informações úteis e de fácil interpretação.

Os estudos avaliativos na área de processo de trabalho em saúde são relevantes e aprofundam as discussões acerca das necessidades do setor. Devido à complexidade dos serviços de urgência e emergência, estudos como este pretendem cooperar na qualificação do trabalho realizado e propor a reflexão e melhoria dos problemas encontrados.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. et al. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev. bras. enferm.** vol.59 no.2 Brasília Mar./Apr. 2006

ARIAS, E.H.L. et al. Gestão do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde.** v. 3, n.1, 2006. 119-134p.

BECKER, S.G; OLIVEIRA, M.L.C. Estudo do absenteísmo dos profissionais de enfermagem de um centro psiquiátrico em

Manaus, Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.16 no.1 Ribeirão Preto Jan./Feb. 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos**. Resolução 466/2012, de 12/12/2012. DOU 13/06/2013.

BRASIL. Decreto nº 7186. Regulamenta os arts. 298 a 307 da Lei nº 11.907, de 2 de fevereiro de 2009, que tratam do **Adicional por Plantão Hospitalar** APH. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: 236 p. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n. 1.600, de 7 de Julho de 2011.

COFEN. Fixa e estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. Resolução n. 293, de 2004. Rio de Janeiro. Brasil.

CONTANDRIOPOLULOS, A.P. et al. À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI^e siècle. Paris: Elipses; 2000. p. 637-67.

IBGE. Estimativas das populações residentes. 2010. Disponível em:
<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsc.def>>.
Acesso em: 01/072013.

CARRENO, I. Et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. vol.15; supl.1. Rio de Janeiro. 2010.

SANCHO, L.G. et al. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. **Trab. educ. saúde** (Online) vol.9 no.3 Rio de Janeiro. Nov. 2011.

FUGULIN, F.M.T. et al. Taxa de absenteísmo da equipe de enfermagem como indicador de gestão de pessoas. **Rev. esc. enferm. USP** vol.45 no.4 São Paulo Aug. 2011.

BERNARDES, A. et al.. O processo comunicativo no serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU-192). **Rev. Gaúcha Enferm.** vol.33 no.1 Porto Alegre Mar. 2012.

SES-SC. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina. Apresenta a estrutura do serviço no Estado de Santa Catarina. Disponível em:<http://samu.saude.sc.gov.br/>. Acesso em: 27 abril 2013.

MONTEIRO, M.I; VEGIAN, C.F.L. Condições de vida e trabalho de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** vol.19 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2011

EVORA, Y.D.M. et al. Dimensionamento de enfermagem hospitalar: modelo OPAS/OMS. **Texto contexto enferm.** vol.20 no.3 Florianópolis Jult/Sept. 2011.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A área saúde é um campo complexo, repleto de particularidades e especialidades. O setor de urgência e emergência ganhou destaque nos últimos anos devido ao aumento de doenças cardiovasculares, e mortes por causas externas. Dentro desse contexto, surgiu em 2003 a Política Nacional de Atenção às Urgências que coordena as ações neste setor. O componente pré-hospitalar móvel desta política, o SAMU, é um serviço inovador e importante para a população e visa a um atendimento ágil, rápido e qualificado ao usuário em situação de risco, além do transporte-encaminhamento adequado a outro ponto da rede de saúde.

O trabalho no SAMU está ligado à Central de Regulação que avalia a necessidade e propicia acesso ao recurso mais adequado. O trabalho das Equipes de Saúde do SAMU é realizado em equipe, de forma interdisciplinar, com profissionais ágeis, competentes, atualizados e humanizados, com conhecimentos distintos, porém complementares para o desenvolvimento das atividades nas diversas situações diárias do cotidiano de trabalho.

Esta pesquisa analisou as condições estruturais para o trabalho das unidades de atendimento do SAMU. Para isso foi elaborado uma matriz avaliativa, discutida e aperfeiçoada em oficinas de consenso com experts das áreas de avaliação, processo de trabalho e SAMU. O produto final foi composto das dimensões de Recursos Humanos, Recursos Materiais e Aspectos Normativos, com onze indicadores e onze medidas.

A taxa de resposta dos municípios foi de 83.3%. Constatou-se ao final que 60% dos municípios apresentaram adequada estrutura de trabalho, sendo que os indicadores que apontam maior déficit estão na dimensão de recursos humanos, relacionados ao turnover e ao vínculo empregatício, indicando a necessidade de melhorias na valorização e na forma de contratação dos profissionais.

Os estudos avaliativos na área de processo de trabalho em saúde são relevantes e aprofundam as discussões acerca das

necessidades do setor. Devido a complexidade dos serviços de urgência e emergência, estudos como este pretendem cooperar na qualificação do trabalho realizado e propor a reflexão e melhoria dos problemas encontrados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARIAS, E.H.L; VITALINO, H.A; MACHADO, M.H; FILHO, W.A; CRUZ, L.A.M. **Gestão do trabalho no SUS**. Cadernos RH Saúde, v. 3, n.1. 2006. 119-134p.

BENEVIDES, R de B; BARROS, R, M. E. De B. **Da dor ao prazer no trabalho**. In: SANTOS-FILHO, S; BARROS, M. E. de B. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Editora Unijuí. p. 61-71. 2007.

BUENO, F. da S. Grande dicionário etimológico-prosódico da língua portuguesa. São Paulo: Lisa, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196/96, de 09/10/96. DOU 16/10/96:21081-21085.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília:..236 p. 2004.

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

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão do SUS**. Trabalho e redes de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n. 1.600, de 7 de Julho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Portaria n. 2026, de 24 de agosto de 2011.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Fixa e estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Resolução n. 293. Rio de Janeiro. Brasil. 2004.

CONTANDRIOPOLULOS, A.P; POUVOURVILLE, G; POUILLIER, J. P; CONTANDRIOPOULOS, D. **À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI^e siècle**. Paris: Elipses; 2000. p. 637-67.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Estabelece as definições para os conceitos de urgência e emergência, a serem adotadas na linguagem médica no Brasil**. Resolução n. 1.451, de 10 de março de 1995. Diário Oficial da União, Brasília, p.3666.

DONABEDIAN, A. *Garantía y monitoria de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, DF, 1990.

FARIA, H. P. de; WERNECK, M. A. F; SANTOS, M. A. dos; TEIXEIRA, P. F. **Processo de Trabalho em Saúde**. Belo Horizonte, Nescon UFMG. 2009.

GRAMIGNA, M. R.M. **Modelo de competências e gestão de talentos**. Rio de Janeiro: editora Makron. 2002

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Salvador, v. 4, n. 2, p. 341-353.1999.

HIRATA, H. Tendências recentes **da precarização social e do trabalho: Brasil, França, Japão**. Caderno CRH, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 15-22, 2011.

IBGE. **Estimativas das populações residentes, 2013**, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsc.def>>. Acesso em: 2013.

MARX, K. **O Capital**. Vol. I. 8 ed. São Paulo: Difel, 1983.

MENDES, G. R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1996.

MERHY, E. E; FRANCO, T. B. **Trabalho em Saúde**. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>. Acesso em 01 de junho de 2012.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec. p.71-112. 2007.

MERHY, E.E; FRANCO, T. B. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2005.

NEMES, M. I. B. **Avaliação do Trabalho Programático na Atenção Primária à Saúde**. [Tese de Doutorado], São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 1995.

NETO, B. R. de M. Processo de Trabalho e Eficiência Produtiva: Smith, Marx, Taylor e Lênin. Econ., São Paulo, 39(3): 651-671, jul-set 2009.

NOGUEIRA, R. P. **As dimensões do trabalho em saúde**. In: AMANCIO, A.F; MOREIRA, M.G. Organizadores. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p.41-47. 1997.

PAIM, J. S. **Modelos de Atenção à Saúde no Brasil**. In: GIOVANELLA, L. Organizadora. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 547-573. 2008.

PIRES D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume/CNTSS; 2008.

SANCHO, L.G; CARMO, J. M. do; SANCHO, R. G; BAHIA, L. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. Trab. educ. saúde. Vol.9 no.3. Rio de Janeiro Nov. 2011.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. M. **A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão**. Revista Interface: Comunic., Saúde, educ., v.10, n.19, p25-41, jan. /jun., 2006.

SCHWARTZ, Y. **Trabalho e valor. Tempo Social**. Revista de sociologia da USP, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-158, out. 1996.
_____. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. Educação & Sociedade, ano XIX, n. 65, p. 101-139, 1998.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Santa Catarina**. Apresenta a estrutura do serviço no Estado de Santa Catarina. Disponível em: <http://samu.saude.sc.gov.br/>. Acesso em: 27 abril 2013.

THIRY-CHERQUES, H. R. Max Weber: o processo de racionalização e o desencantamento do trabalho nas organizações contemporâneas. RAP - Rio de Janeiro 43(4):897-918, Jul./ago. 2009.

APÊNDICE A – Indicadores construídos para avaliar as condições estruturais para o trabalho no SAMU, respectivas medidas, parâmetro e *rationale*

A- RECURSOS HUMANOS

RATIONALE

A dimensão de Recursos Humanos se refere aos trabalhadores que compõem uma organização, no caso o SAMU. Envolve a análise de desempenho, cumprimento de carga horária, adaptação ao trabalho, assiduidade, vínculo estabelecido, além da experiência e da formação para cargo que exerce, entre outras competências mínimas necessárias.

Indicador	Medida	Parâmetro
CH coberta por HP	Percentual de plantões por hora plantão na escala dos profissionais	Vínculo de 30 hr semanais: 10 plantões Adequado - até 80% da CH Inadequado - acima 80% da CH Vínculo de 40 hr semanais: 15 plantões Adequado - até 50% da CH Inadequado - acima de 50% da CH

Justificativa: Na área de saúde o trabalho é organizado em equipe, onde os profissionais possuem atribuições específicas e complementares. No SAMU, conforme Portaria 1010/2012, é necessário que as USB possuam no mínimo 02 profissionais: 01 condutor de veículo de urgência e 01 técnico ou aux. de enfermagem; e a USA contenha minimamente 03 profissionais: 01 condutor de veículo de urgência, 01 médico, 01 enfermeiro. A carga horária dos profissionais varia conforme o município ou a forma de contrato. Sendo assim, é preciso que existam equipes implantadas em número suficiente para atender a população durante as 24 horas do dia. Para suprir as necessidades fins de atendimento e cobrir as situações de férias e atestados, existem as Horas Plantões, sendo horas extras realizadas pelos profissionais em atividade para cobrir os déficit na escala de trabalho. Segue o parâmetro conforme o Decreto 7186/2010, que trata do adicional por plantão hospitalar, que permite até 24 horas semanais de HP por profissional.

Cálculo: nº de plantões por HP /total plantões no período x 100

Fonte: Dados gestão SAMU

Indicador	Medida	Parâmetro
Turnover	% de profissionais desligados no último ano	Adequado - 0 a 15 % Inadequado - > 15%
<p>Justificativa: Um elemento importante para o processo de trabalho é a experiência dos profissionais frente às atividades que desenvolvem. E isso, pode ser verificado através da fixação dos mesmos no campo de trabalho. Profissionais experientes possuem maiores habilidades e isso refletirá em melhores resultados. Na área de saúde, em especial no SAMU, este aspecto é de extrema relevância, visto o cotidiano de trabalho ser dinâmico, requerendo habilidade e integração entre os membros da equipe. Sendo assim, quanto maior a fixação dos profissionais no local de trabalho, com menor rotatividade, melhor será a execução das atividades do processo de trabalho.</p>		
<p>Cálculo: $\text{Ingressos} + \text{Desligamentos} / 2 / \text{Efetivo médio no período} \times 100$ $\text{Efetivo médio} = (\text{efetivo no início do período} + \text{efetivo no final do período}) / 2$</p>		
<p>Fonte: Questionário aplicado pelo pesquisador. Fonte de dados SAMU</p>		

Indicador	Medida	Parâmetro
Absenteísmo	% de faltas dos profissionais	Inadequado - > 7% Adequado - < 7%
<p>Justificativa: Para o adequado desenvolvimento do processo de trabalho é necessário a assiduidade dos profissionais. No SAMU, como as equipes são reduzidas, a falta de apenas um profissional pode comprometer, ou até mesmo impedir o funcionamento das atividades. O absentismo demonstra a proporção de profissionais com faltas relacionadas a insatisfação no trabalho, baixo salários, adoecimentos, entre outras causas. Pode ser ocasionado pelas más condições de trabalho, insatisfação do trabalhador, adoecimentos, entre outras causas. É um fator preocupante, pois desorganiza o serviço, gera insatisfação e sobrecarga entre os trabalhadores presentes e, conseqüentemente, diminui a qualidade da assistência prestada ao paciente.</p>		
<p>Cálculo: (numero de faltas / numero total de trabalhadores x numero plantões x 11 (meses trabalhados)) x 100</p>		
<p>Fonte: Dados SAMU</p>		

Indicador	Medida	Parâmetro
Vínculo empregatício	% de profissionais com vínculo estável (CLT ou efetivo-concursado)	Adequado - > 94% Inadequado - < 94%
<p>Justificativa: O processo de trabalho sofre influência do vínculo empregatício dos profissionais. Trabalhadores de carreira com vínculo estável possuem seus direitos assegurados, com baixo risco de desemprego. Ficam mais tempo ligados à instituição, estando mais habilitados para as rotinas e procedimentos. Já trabalhadores com vínculo fragilizado, através de processos seletivos e contratos, ficam insatisfeitos, tem uma maior rotatividade e desenvolvem menos habilidades-experiência dentro das instituições.</p>		
Cálculo: nº trabalhadores com vínculo estável / total de trabalhadores X 100		
Fonte: questionário aplicado. Fonte dados gestores SAMU.		

Indicador	Medida	Parâmetro
Educação permanente	% de trabalhadores que participaram de atividades de educação permanente nos últimos 2 anos	Adequado - 100% Inadequado - < 100%
<p>Justificativa: O processo de trabalho requer a atualização constante dos profissionais, e consequentemente a reciclagem de diversos conceitos e entendimentos, proporcionando maior eficiência e qualidade ao trabalho realizado. A educação permanente envolve a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições, desenvolvida a partir da realidade dos profissionais envolvidos, partindo dos problemas enfrentados no cotidiano de trabalho e da experiência das equipes. Através dessa estratégia é possível se levantar novos questionamentos e possibilitar mudanças e melhorias institucionais.</p>		
<p>Cálculo: Número de profissionais que realizaram atividade de educação permanente nos últimos 02 anos / Número total de profissionais X100</p>		
<p>Fonte: questionário a ser aplicado</p>		

B- RECURSOS MATERIAIS

RATIONALE

Os Recursos Materiais compreendem os instrumentos necessários para o desenvolvimento de uma atividade. Estando em quantidade suficiente e em bom estado de uso permitem aos trabalhadores mais eficiência para o desenvolvimento do processo de trabalho, evitando improvisações, colaborando para um atendimento de maior qualidade.

Indicador	Medida	Parâmetro
Cobertura das Unidades de Atendimento	Relação entre unidade móveis (USB) em funcionamento e população	Adequado = 1 USB para 100.000 a 150.000 habitantes. Inadequado = 1 USB para acima de 150.000 habitantes.
Justificativa: O processo de trabalho no SAMU envolve o deslocamento das equipes até os locais de ocorrência. Sendo assim, é necessário que a relação de unidades móveis pela população seja respeitada para propiciar um acesso facilitado quando necessário, permitindo um atendimento rápido e eficiente, conforme a demanda de cada caso.		
Cálculo: nº total de USB cadastradas e em funcionamento na Macroregião da Grande Florianópolis / população.		
Fonte: Banco de Dados SAMU-SC - IBGE. Portaria 2048/2002		

Indicador	Medida	Parâmetro
Adequação das ambulâncias	% de ambulâncias em boas condições de funcionamento	Adequado - 100% Inadequado - < 100%
Justificativa: Para o processo de trabalho no SAMU, é necessário que as ambulâncias apresentem bom estado geral, e estejam com todos os equipamentos e medicamentos necessários para a atividade assistencial. As Unidades de Suporte básico (USB) atendem os casos de menor complexidade e contam com equipamento de suporte básico de vida, e as USA são UTIs móveis e devem ser equipadas com equipamentos e medicamentos de maior complexidade, conforme portaria 2048.		
Cálculo: nº de ambulâncias em boas condições de funcionamento / total de ambulâncias X 100 (conforme portaria 2048/2002)		
Fonte: Dados obtidos através dos questionários aplicados		

Indicador	Medida	Parâmetro
Equipamento de rádio-comunicação	% de ambulâncias com o equipamento de rádio-comunicação funcionando	Adequado - 100% Inadequado - < 100%
<p>Justificativa: O processo de trabalho no SAMU envolve a comunicação constante dos profissionais que atuam na ambulância com os profissionais da Central de Regulação. Isto permite auxílio e orientação às equipes locais quanto ao atendimento a ser prestado e orienta qual o melhor conduta-encaminhamento para cada caso. O equipamento de rádio-comunicação é o instrumento que permite esta comunicação, sendo essencial o seu bom funcionamento para possibilitar o processo de trabalho entre as equipes do SAMU. Considera-se ERC funcionando quando o aparelho apresenta bom estado de uso e há sinal em todas as regiões.</p>		
<p>Cálculo: nº de ambulâncias com equipamentos de RC funcionando / nº total de ambulâncias x 100</p>		
<p>Fonte: Questionário aplicado</p>		

C- ASPECTOS NORMATIVOS-PROTOCOLOS

RATIONALE

Os Aspectos Normativos - protocolos são ferramentas que reúnem de forma sistematizada os procedimentos imprescindíveis para execução das atividades das equipes de saúde, sendo um instrumento orientador para o desempenho das atividades assistenciais.

Indicador	Medida	Parâmetro
Existência de rotinas e protocolos	Existência de rotinas e protocolos no SAMU	Adequado - Sim Inadequado - Não
Justificativa: As rotinas e os protocolos são instrumentos que orientam as práticas profissionais. A existência de normas e rotinas auxiliam a execução dos procedimentos assistenciais na área de saúde, além de permitirem o conhecimento dos fluxos de encaminhamento estabelecidos. São instrumentos orientadores dos profissionais para o desempenho de suas funções, padronizam as atividades, contribuindo para a eficiência e a qualidade dos atendimentos prestados.		
Cálculo: não há cálculo		
Fonte: Questionário a ser aplicado		

Indicador	Medida	Parâmetro
Atualização dos documentos normativos	Os protocolos e as rotinas foram revisadas nos últimos 2 anos	Adequado - Sim Inadequado - Não
Justificativa: o processo de trabalho na área da saúde é dinâmico e modifica seus métodos constantemente. Sendo assim, é necessário que os instrumentos norteadores das práticas profissionais acompanhem essa evolução, permitindo a escolha da melhor conduta para cada caso. Para isso, considera-se como adequado que os documentos normativos sejam atualizados minimamente a cada dois anos.		
Cálculo: Não há cálculo		
Fonte: Coleta de dados SAMU.		

Indicador	Medida	Parâmetro
Comprimento das rotinas	<p>Percentual de rotinas cumpridas:</p> <p>1- Os uniformes são de uso obrigatório;</p> <p>2- Os EPs são de uso obrigatório;</p> <p>3- Existe supervisão para o uso de EPs e uniformes;</p> <p>4- Existe instrumento de verificação e controle dos materiais e medicamentos;</p> <p>5- É feita a verificação diária dos materiais e medicamentos</p>	<p>Adequado - > 80% do comprimento das rotinas analisadas</p> <p>Inadequado - < 80% do comprimento das rotinas analisadas.</p>
<p>Justificativa: As normas e rotinas auxiliam a execução dos procedimentos assistenciais na área de saúde e padronizam as atividades realizadas. O seu cumprimento contribuirá para a elevar eficiência e a qualidade dos atendimentos prestados. Para medir este indicador optou-se pela avaliação de cinco rotinas básicas do SAMU: 1- Os uniformes são de uso obrigatório; 2- Os EPs são de uso obrigatório; 3- Existe supervisão para o uso de EPs e uniformes; 4- Existe instrumento de verificação e controle dos materiais e medicamentos; 5- É feita a verificação diária dos materiais e medicamentos.</p>		
Cálculo: Não há cálculo		
Fonte: Coleta de dados pesquisa SAMU.		

APÊNDICE B - Questionário para coleta de dados nos municípios da macrorregional do Estado de Santa Catarina

Questionário SAMU - USB

Município:

Nome e cargo do responsável pelas respostas:

1- Com relação ao número de plantões realizados no SAMU em 2012, solicito preencher o quadro abaixo identificando, por categoria profissional:

Categoria Profissional	Nº de Plantões realizados	Nº de HP (horas-plantão) realizadas
Técnico de Enfermagem		
Condutor		

2- Sobre a rotatividade dos profissionais do SAMU solicito indicar:

Categoria Profissional	Total Profiss. em Janeiro/2012	Total Profiss. em Dezembro/2012	Total profiss. admitidos em 2012	Total profiss. demitidos em 2012
Técnico de Enfermagem				

Condutor				
----------	--	--	--	--

3- Com relação ao absenteísmo, preencha os quadros abaixo:

3.1 Total de profissionais, conforme Carga Horária Semanal, em 2012:

Categoria Profissional/CH semana	44 horas semanais	40 horas semanais	30 horas semanais	20 horas semanais	Outros (especificar)
Técnico de Enfermagem					
Condutor					

3.2 N° de plantões mensais exigidos, conforme a CH semanal, por categoria profissional:

Categoria Profissional/CH semana	44 horas semanais	40 horas semanais	30 horas semanais	20 horas semanais	Outros (especificar)
Técnico de Enfermagem					
Condutor					

3.3 Nº de faltas dos profissionais do SAMU em 2012

Categoria Profissional/CH semana	44 horas semanais	40 horas semanais	30 horas semanais	20 horas semanais	Outros (especificar)
Técnico de Enfermagem					
Condutor					

4. Quanto ao vínculo empregatício dos profissionais do SAMU, qual o número de trabalhadores em regime CLT e concursados (efetivos), por categoria profissional, em 2012?

Categoria Profissional/Vínculo	Outros vínculos	
	CLT	Efetivo
Técnico de Enfermagem		
Condutor		

5. Em relação a educação permanente, para quantos profissionais o SAMU propiciou atividades de formação/educação em serviço em 2012:

Categoria Profissional	Total
------------------------	-------

Técnico de Enfermagem	
Condutor	

6. Com relação a cobertura populacional do SAMU, qual o número de USB cadastradas e funcionando na região?
- Resposta:
7. Das unidades citadas acima, quantas estão em boas condições de funcionamento, apresentando todos os equipamentos e medicamentos necessários para a atividade assistencial?
- Resposta:
8. Sobre o equipamento de rádio-comunicação, instrumento que permite a comunicação das equipes que prestam assistência com a Central de Regulação, qual o total de unidades de atendimento que o possuem em funcionamento?
- Resposta:
9. Em relação aos aspectos normativos, existem protocolos e rotinas implantados no SAMU, além das disponibilizadas no site da SES?
- SIM
- NÃO
10. Quanto ao acesso aos documentos normativos, as rotinas e os protocolos estão disponíveis aos trabalhadores?
- SIM – Internet;

- Documentos impressos;
 Outros. Quais:

- NÃO
 SIM
 NÃO

11. Sobre a atualização dos protocolos e rotinas, houve revisão nos últimos 02 anos?

- SIM
 NÃO

12. Com relação às principais das rotinas do SAMU, preencha o quadro abaixo:

Quanto aos códigos de acionamento (01, 02 ou 03), que são transmitidos pela Central de Regulação à equipe assistencial:	
Ocorre o cumprimento do tempo ideal para início do deslocamento da Unidade, conforme o grau de prioridade?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Há algum controle dessa atividade?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
No último mês, qual o percentual de atendimentos que iniciaram no tempo ideal?	Resposta:

Quanto ao uso de uniformes e equipamentos de proteção individual:

São fornecidos no mínimo 02 uniformes (macacão) por profissional?

- SIM NÃO

Os uniformes são de uso obrigatório?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Os EPIs estão disponíveis a todos os profissionais?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Existe supervisão para o uso dos uniformes e EPIs?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

Quanto ao Check-list dos materiais e medicamentos das ambulâncias		
Existe um instrumento para verificação e controle dos medicamentos e materiais?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
O controle é feito diariamente?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
Existe supervisão para esta atividade?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
No último mês, qual o percentual de controle dos medicamentos e materiais realizados?	Resposta:	

APÊNDICE C - Pesquisa de Campo - Questionário para coleta de dados no SAMU - USB (Check-list)

Município:

Identificação da ambulância:

Data:

1) AMBULÂNCIA DE SUPORTE BÁSICO:

- sinalizador óptico e acústico;
- equipamento de radio-comunicação fixo e móvel;
- maca articulada e com rodas;
- suporte para soro;
- instalação de rede de oxigênio com cilindro, válvula e régua com dupla saída;
- oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c - aspirador tipo Venturi);
- manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação;
- cilindro de oxigênio portátil com válvula;
- maleta de urgência contendo:
 - estetoscópio adulto e infantil;
 - ressuscitador manual adulto/infantil;
 - cânulas orofaríngeas de tamanhos variados;
 - luvas descartáveis;
 - tesoura reta com ponta romba;
 - esparadrapo;
 - esfigmomanômetro adulto/infantil;
 - ataduras de 15 cm;
 - compressas cirúrgicas estéreis,;
 - pacotes de gaze estéril;
 - protetores para queimados ou eviscerados;
 - cateteres para oxigenação e aspiração de vários tamanhos.
- maleta de parto contendo – Kit parto:
 - luvas cirúrgicas;
 - clamps umbilicais,;
 - estilete estéril para corte do cordão;
 - saco plástico para placenta;
 - cobertor;

- compressas cirúrgicas;
- gazes estéreis;
- braceletes de identificação.
- suporte para soro;
- prancha curta e longa para imobilização de coluna;
- talas para imobilização de membros;
- conjunto de colares cervicais;
- colete imobilizador dorsal Adulto e infantil;
- frascos de soro fisiológico e ringer lactato;
- bandagens triangulares;
- cobertores;
- coletes refletivos para a tripulação;
- lanterna de mão;
- óculos, máscaras e aventais de proteção;
- maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços.
- Outros itens, não especificados acima, que a ambulância possui e os profissionais consideram importante:

2) Quanto ao uso de Uniformes:

Observar se os profissionais que estão de plantão no dia da visita estão utilizando corretamente os uniformes: macacão com gola, proteção nos ombros e joelhos, logotipo bordado, tarja refletiva branca no tórax e nos tornozelos, e bota cano baixo.

Quanto aos Equipamentos de Proteção Individual - EPIs

Os EPIs são utilizados regularmente em todas as atividades assistenciais realizadas?

SIM

NÃO

Houve falta de algum material nos últimos 06 meses?

SIM Quais:

NÃO

Quanto ao instrumento de verificação diária dos materiais e medicamentos:

- Verificar se os instrumentos de verificação diária de materiais e equipamentos são preenchidos e arquivados. (todos responderam que possuem um instrumento próprio para verificação destes itens e que é preenchido a cada plantão).

SIM

NÃO

Observações:

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado na Oficina de Consenso com os Especialistas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS PARA O TRABALHO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO DO SAMU”.

A pesquisa está dividida em três etapas:

- 1 – Revisão exaustiva da literatura científica dos últimos 10 anos acerca do processo de trabalho com ênfase para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
- 2 - Realização de oficinas de consenso entre especialistas para validação de modelo teórico e definição de indicadores, medidas e parâmetros para avaliação do objeto.
- 3 - Realização da pesquisa de campo junto aos profissionais de saúde do SAMU.

Nosso convite é para participar das oficinas de consenso mencionadas acima. Serão realizados encontros onde você será convidado a opinar sobre a matriz avaliativa. Participará também dos grupos uma pessoa responsável por fazer anotações das falas, e será utilizado um gravador de áudio para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente.

É compromisso dos pesquisadores assegurarem o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos.

Você tem liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de explicação sobre os procedimentos e outros assuntos

relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento através dos seguintes telefones de contato:

Josimari Telino de Lacerda 48- 32344069, Email: jtellino@gmail.com; André de Bastiane Lancini: 99541684, Email: dedetche@yahoo.com.br.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)

Portador (a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Florianópolis / SC, _____ de _____ de _____.

APENDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado na pesquisa de campo junto aos profissionais do SAMU

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS PARA O TRABALHO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO DO SAMU”.

A pesquisa está dividida em três etapas:

- 1 – Revisão exaustiva da literatura científica dos últimos 10 anos acerca do processo de trabalho com ênfase para o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência;
- 2 - Realização de oficina de consenso entre especialistas para validação de modelo teórico e definição de indicadores, medidas e parâmetros para avaliação do objeto.
- 3 - Realização da pesquisa de campo junto aos profissionais de saúde do SAMU.

Nosso convite é para participar da pesquisa de campo mencionada acima.

Serão realizadas entrevistas onde os profissionais de saúde serão convidados a responder um questionário semi-estruturado. Após a aplicação do instrumento, os questionários serão analisados e os resultados serão divulgados através da pesquisa.

É compromisso dos pesquisadores assegurarem o sigilo, a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em textos acadêmicos.

Você tem liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenham nenhum tipo de prejuízo.

Os pesquisadores comprometem-se também a prestar qualquer tipo de explicação sobre os procedimentos e outros assuntos

relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento através dos seguintes telefones de contato:

Josimari Telino de Lacerda 48- 32344069, Email: jtellino@gmail.com; André de Bastiane Lancini: 99541684, Email: dedetche@yahoo.com.br.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a)

Portador (a) da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, concordando em participar da pesquisa proposta.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Florianópolis / SC, _____ de _____ de _____.

APÊNDICE F - Declaração de Anuência e Autorização da Instituição enviado à Gerência do Serviço Móvel de Urgência do Estado de Santa Catarina

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

(SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE)

Eu, Sr(a), Cesar Augusto Korczaguin, Gerente do Serviço Móvel de Urgência SAMU-SC da Secretaria de Estado da Saúde declaro estar ciente do conteúdo e dos procedimentos associados à pesquisa intitulada “AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS PARA O TRABALHO DAS UNIDADES DE ATENDIMENTO SAMU EM SANTA CATARINA.”, sob responsabilidade da pesquisadora principal Sr(a) Josimari Telino de Lacerda, e do pesquisador assistente Sr André de Bastiane Lancini, nas dependências do do SAMU no Estado de Santa Catarina e que autorizei a sua realização nesta data.

Florianópolis, 23 de abril de 2013.

Nome:

Função: Gerente do SAMU