

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DANISON HUMBERTO DE SOUSA RODRIGUES

**QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA DA
CIDADE DE BOCAINA - PIAUÍ**

PICOS – PIAUÍ

2016

DANISON HUMBERTO DE SOUSA RODRIGUES

**QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA DA
CIDADE DE BOCAINA - PIAUÍ**

Monografia Apresentada ao Curso de Enfermagem
da Universidade Federal – Campus Senador
Helvídio Nunes de Barros como requisito
necessário para a obtenção de Grau de Bacharel em
Enfermagem

Orientador: Prof. Dr Luís Evêncio da Luz

PICOS – PIAUÍ

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

R696q Rodrigues, Danison Humberto de Sousa.

Qualidade do atendimento do serviço móvel de urgência da cidade de Bocaina-Piauí / Danison Humberto de Sousa Rodrigues – 2016.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (53 f.)

Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2016.

Orientador(A): Prof. Dr. Luís Evêncio da Luz

1. Serviço Móvel de Urgência e Emergência-Qualidade. **2.** SAMU-Bocaina-Piauí. **3.** Serviço de Urgência e Emergência-Usuários. I. Título.

CDD 616.025

DANISON HUMBERTO DE SOUSA RODRIGUES

**QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA DA
CIDADE DE BOCAINA – PIAUÍ**

Monografia Apresentada ao Curso de
Enfermagem da Universidade Federal – Campus
Senador Helvidio Nunes de Barros como
requisito necessário para a obtenção de Grau de
Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação 03/03/2016

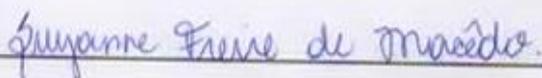
BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Luís Evêncio da Luz

Universidade Federal do Piauí – UFPI – CSHNB

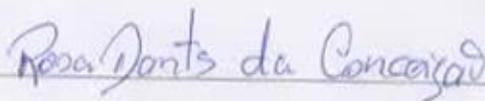
Presidente da Banca



Profª. Ms. Suyanne Freire de Macedo

Universidade Federal do Piauí – UFPI – CSHNB

1º Examinador



Enfª. Esp. Rosa Dantas da Conceição

Coordenadora de Enfermagem do SAMU de Bocaina - Piauí

2º Examinador

Dedico esse trabalho a minha mãe Raiolanda Maria por sua dedicação, carinho, amor e esforço com que teve para comigo, nunca deixando de fazer o impossível para que hoje pudesse estar concretizando este sonho tão esperado.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pai de infinita bondade e justiça que sempre esteve ao meu lado me dando coragem, garra e determinação em todas as etapas da minha vida.

Agradeço a Nossa Senhora da Conceição, padroeira da minha cidade que por intermédio de Deus garantiu a minha proteção e a realização desse trabalho.

Agradeço a minha família, em especial minha mãe Raiolanda Maria que aqui na terra é o bem mais precioso que tenho na vida, a meu irmão José Jefferson pelo apoio e empenho para comigo e a minha formação, ao meu tio Wellington, a minha avó Maria e aos meus primos Pablo, Paula e Joara.

Agradeço aos amigos da minha cidade natal que estiveram ao meu lado na construção desse trabalho, em especial Valéria, Railane, Nataniele, Cheila, Débora, Leticia, Analice, Suellen, Aguida, Aldeane, Danielle, Luana, Andreia, Jailma, Flayda, Eduarda, Cleane, Camila, Iago, Robério, Maiana Marques por seus esforços em me ajudarem sempre que necessário e dividir muitas risadas e estresses.

Agradeço aos meus amigos da universidade em especial, Maria Cristina, Iara Cordeiro, Flavia Nunes, Érika Moura, Emanuela Rocha, Eva Márly, Stefka Vasconcelos, Danielle Leal, Gerlany Sousa, Mayla Rosa, Rávida Rocha, Lorraine Almeida, Regiane Carneiro, Thais Rocha, Layane Rabelo e Maria do Perpetuo e minhas amadas Priscila Sousa e Layce Santos, e sem dúvida alguma ao meu amigo – irmão Dayro Coutinho que independente de qual for o momento ou situação esteve junto a mim. Sei que nossa amizade irá além da formatura.

Agradeço a dois amigos em especial que construí um laço afetivo significativo ao decorrer da vida, meu amigo Victor Dantas, e “in memoriam” minha pequena pérola Ijaiane Rocha.

Agradeço aos meus queridos professores do curso de enfermagem principalmente Carla Carvalho, Francisco Silveira, Suyanne Freire, Suyane Leal, Marília Braga, Luís Evêncio, Ana Roberta, João Marcelo, Teresa Galisa, Francisco Gilberto, Rhaylla Maria, Paula Valentina, Wevernilson, Sery Neeli, Iolanda Gonçalves, Ana Karla, Glauber Macedo, Rosa Dantas, Valdenia Sousa, Rávida Rocha e Virginia Urtiga.

Agradeço ao meu Orientador Luís Evêncio da Luz, pois sem apoio, confiança, paciência e compromisso, não teria sido capaz de realizar tal conquista que além de ser um trabalho científico é realização de um sonho.

Agradeço por inúmeras vezes a minha prof^a Rhaylla Maria, que me mostrou o quanto sou capaz de alcançar tudo que almejo, acreditou em mim, esta vitória é nossa, minha querida amiga, mãe e irmã. Quem diria que a nossa convivência lhe tornaria um bem tão precioso, uma página no livro da minha vida, te agradeço muito, pois agradecer é uma forma simples e bonita de encantar o coração de quem nos ajuda a descobrir soluções para enfrentar as dificuldades impostas pela vida.

Agradeço a equipe de Estratégia de Saúde da família da cidade de Bocaina principalmente a enfermeira Maria Rosa e ao secretário de saúde Pedro Luz.

Agradeço a equipe que compõem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da cidade de Bocaina, em especial as técnicas de enfermagem Vitória, Valdivânia, Polyana e Ivanilda, as telefonistas auxiliares Maria de Jesus e Jaqueline. A Coordenadora desse Serviço Rosa Dantas, pelos caminhos e oportunidades que me proporcionou, exigindo sempre o meu melhor desempenho, tenho orgulho de ser um apaixonado e dar meu “sangue” pela Urgência.

Agradeço a todos os usuários do serviço que tiraram um tempinho para participar da pesquisa e que me acolheram em suas residências.

Aos componentes da banca por terem aceitado compartilhar seus conhecimentos.

Quem agradece revela a grandeza do espírito que sustenta o respeito por aquele que se dedicou em lhe fazer o bem.

MEU MUITO OBRIGADO!

“Minha urgência maior tem sido a verdade, assumir a saudade de vez em quando e quase sempre, e dizer a mim mesmo que chorar é um indício de fraqueza muito saudável.” ·.

(L. Simões.)

LISTA DE ABREVIATURAS

APH - Atendimento Pré – Hospitalar

APHM - Atendimento Pré – Hospitalar Móvel

NEU - Núcleo de Educação em Urgência

PNAU - Política Nacional de Atenção as Urgências

SAV - Suporte Avançado de Vida

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SBV - Suporte Básico de Vida

SMUR - Serviço Móvel de Urgência e Reanimação

SPSS – Statistical Package for social Sciens

SUS - Sistema Único de Saúde

TARM - Técnicos Auxiliares de Regulação Médica

UHM - Unidades Móveis Hospitalares

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Dados sobre a faixa etária.....	32
Gráfico 02: Dados sobre a renda familiar.....	33
Gráfico 03: Dados de tempo levado pelo SAMU ao local da ocorrência.....	37

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 – Dados sobre o sexo dos entrevistados.....	31
TABELA 02 – Dados sobre a situação conjugal.....	33
TABELA 03 – Dados sobre o tipo de imóvel.....	34
TABELA 04 – Dados sobre o número de pessoas que residem com o entrevistado.....	34
TABELA 05 – Dados sobre o grau de escolaridade.....	35
TABELA 06 – Dados do número de ligações efetuadas para o sistema 192.....	36
TABELA 07 – Dados referente ao tempo de repasse de informações.....	37
TABELA 08 – Dados sobre a natureza do agravo no momento do acionamento do serviço	38
TABELA 09 – Dados da avaliação da qualidade e satisfação dos usuários do SAMU.....	39
TABELA 10 – Dados sobre possíveis soluções para problemas identificados.....	40

RESUMO

A área da urgência e emergência tem se mostrado cada vez mais atuante de forma hábil, ágil e qualificada no momento da ocorrência, na tentativa de solucionar e/ou minimizar o maior número de agravos possíveis. Ao longo dos tempos a comunidade demonstra-se mais ciente de seus direitos e esse fato tem levado á tona o surgimento de usuários com maior grau de informação acerca dos serviços oferecidos na saúde, apresentando uma maior exigência quanto ao quesito qualidade. Objetivou-se avaliar a qualidade do atendimento do serviço móvel de urgência da cidade de Bocaina no estado do Piauí. Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de caráter transversal com abordagem quantitativa, com uma amostra de 63 usuários atendidos no período de fevereiro de 2014 a fevereiro de 2015. A coleta dos dados foi realizada nos meses de agosto a setembro de 2015 por meio do preenchimento do formulário, realizado no domicílio do indivíduo. O formulário continha questões relacionadas aos dados socioeconômicos e grau de instrução, dados sobre a natureza do agravo a qual foi acometido, qualidade do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a satisfação por parte dos usuários, e uma opinião geral sobre os profissionais, as ações, e as técnicas desenvolvidas no momento do atendimento, que são oferecidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência deste município. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos no Excel e analisados no Software SPSS versão 20.0. A pesquisa seguiu os preceitos éticos e prosseguiu após autorização institucional, cada paciente foi informado acerca da metodologia do trabalho e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os resultados apontaram predominância nos seguintes quesitos: da população feminina com (52,4%), na faixa etária de 31 a 59 anos, na situação conjugal casado (52,4%), renda familiar de até um salário mínimo (63,5%), moradia própria (79,4%), de 1 a 3 residentes (54%), grau de escolaridade do ensino fundamental incompleto (31,7%), número de ligações realizadas 1 vez (61,9%), tempo de repasse de informações de 6 a 10 minutos (57,1%), tempo de chegada do serviço ao local de 5 a 15 minutos (68,3%), natureza do agravo clínico com (47,6%), o serviço foi tido como bom na satisfação e na avaliação com notas de 9-10 e para a possível solução de algum problema identificado, destaque para a melhora na comunicação entre usuário e serviço (41,3%). Os achados desse estudo apontam as principais fontes de queixa do usuário sobre o serviço, a partir do atendimento realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, permitindo tanto para o serviço como para os profissionais de saúde que atendem o chamado, em especial a equipe de enfermagem, compreender as necessidades dos usuários e agir sobre elas por meio de orientações e atendimentos qualificados. Além disso deve-se traçar ações voltadas a educação em saúde, educação no trânsito, voltar estratégias específicas para a faixa etária mais atendida, analisar a localização da sede do SAMU dentre outras metas que garantam a universalidade do serviço de urgência.

PALAVRAS - CHAVE: Qualidade da Assistência a Saúde. Satisfação do Usuário. Serviços de Urgência e Emergência.

ABSTRACT

The emergency care area has been shown to be increasingly active so skilful, agile and qualified at the time of occurrence in trying to solve and / or minimize the highest number of injuries. Over time the community is demonstrated more aware of their rights and this has brought you forth the emergence of users with higher information about the services offered in the health, presenting a higher requirement as to the question quality. This study aimed to evaluate the quality of emergency mobile service in the city of Bocaina in the state of Piauí. This is a descriptive study, a transversal character with a quantitative approach, with a sample of 63 users held in February 2014 period to February 2015. Data collection was conducted in August and September 2015 by through completing the form, held in the individual's home. The form contained questions related to socio-economic data and level of education, data on the nature of the injury which was affected, quality of service of the Emergency Ambulance Service, the satisfaction of the users, and a general review of the professional actions and the techniques developed at the time of care, that are offered by the Mobile Emergency Service this municipality. Data were organized in tables and graphs in Excel and analyzed using the SPSS software version 20.0. The research followed the ethical precepts and continued after institutional approval, each patient be informed of the work methodology and signing the Informed Consent and Informed. The results showed predominance in the following items: the female population (52.4%), aged 31-59 years in married marital status (52.4%), family income up to one minimum wage (63.5 %), home ownership (79.4%), 1-3 residents (54%), education level of incomplete primary education (31.7%), number of calls made 1 time (61.9%), time to transfer information 6-10 minutes (57.1%), arrived on length of service to the local 5-15 minutes (68.3%), nature of the clinical grievance with (47.6%), the service was considered good satisfaction and evaluation grades 9-10 and the possible solution of any problem identified, improvement in communication between user and service (41.3%). The findings of this study indicate the user's key complaint of sources about the service from the services provided by the Mobile Emergency Service, allowing for both the service and the healthcare professionals who treat the call, especially the nursing staff, understand customer needs and act on them through guidelines and skilled care. Furthermore must be drawn actions on health education, education in traffic, back specific strategies for the most satisfied age group, analyze the location of the headquarters of the SAMU among other goals to ensure the universality of the emergency department

KEY-WORDS: Care Quality Health. Of User Satisfaction. Urgent and Emergency Services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 Geral	17
2.2 Específicos	17
3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA	18
3.1 Breve histórico	18
3.2 A Política Nacional de Atenção às Urgências	20
3.3 Atuação da equipe de Enfermagem	22
3.4 A Atenção às Urgências no Cenário Atual	24
4 METODOLOGIA	26
4.1 Caracterização do estudo	26
4.2 Local e Período do estudo	26
4.3 População e amostra	27
4.4 Variáveis do estudo	28
4.5 Coleta de dados	28
4.6 Análise dos dados	29
4.7 Aspectos éticos	29
5 RESULTADO E DISCUSSÃO	31
6 CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICES	46
Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados	47
Apêndice B – Termo de Fiel Depositário	49
Apêndice C - Carta de Anuência	50
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	51

1 INTRODUÇÃO

O ritmo e estilo de vida do mundo moderno contribuíram com a fragilidade do quadro geral de saúde no Brasil, em virtude do aumento significativo no número de danos à integridade física, psicológica e social da população. A área da urgência e emergência tem se mostrado cada vez mais atuante de forma hábil, ágil e qualificada no momento da ocorrência, na tentativa de solucionar e/ou minimizar o maior número de agravos. Ao longo dos tempos a comunidade demonstra-se mais ciente de seus direitos e esse fato tem levado á tona o surgimento de usuários com maior grau de informação acerca dos serviços oferecidos na saúde, apresentando uma maior exigência quanto ao quesito qualidade.

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH), classificado como fixo e móvel, é um dos componentes que integram os sistemas de assistência às urgências e emergências, constituindo uma ação de saúde recente no Brasil. O APH móvel é responsável pelo atendimento de urgências e emergências no âmbito pré-hospitalar, ou seja, atendimentos em domicílios, em vias públicas, enfim, em qualquer lugar coberto pelo serviço (HETTI et al., 2013).

No Brasil, a ideia de atender as vítimas no local de emergência é tão antiga quanto em outros países, tendo início em 1893. O atendimento às urgências mostra deficiências estruturais do sistema de saúde, ainda assim, somente no começo dos anos 2000, o Ministério da Saúde iniciou a estruturação de uma política articulada para a área. Sendo constituído Nacionalmente em 2003, por meio da Portaria 1863/GM (BRASIL, 2003).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) surgiu como uma possível solução na tentativa de organizar o APH, por meio de processos e fluxos que tem por objetivo garantir a sobrevivência do usuário, possibilitando interação com demais serviços da rede de abrangência do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003).

A construção da política para atenção às urgências no Brasil envolve três momentos principais: 1998 a 2002 foram às primeiras iniciativas de regulamentação; 2003 a 2008 aconteceram à formulação e implantação da Política Nacional de Atenção as Urgências (PNAU), com a priorização do SAMU e a partir de 2008 se deu continuidade as políticas existentes e implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (BRASIL, 2010).

O SAMU foi oficialmente implantado no ano de 2004, modelo Francês, trata-se de um serviço de atendimento pré hospitalar móvel que tem como princípio básico o socorro imediato de vítimas e seu encaminhamento ao serviço pré-hospitalar fixo ou hospitalar, com o objetivo de diminuir a gravidade e a mortalidade pelos agravos agudos, incluindo traumas, sendo ainda

de responsabilidade do SAMU a transferência de pacientes entre as instituições hospitalares, obedecendo a critérios previamente acertados entre as instituições e as centrais de regulação (BRASIL, 2011).

Dados referentes ao Nordeste mostram que o SAMU 192 de Sergipe presta assistência a uma população de aproximadamente 1,5 milhões habitantes, contemplando 74 municípios, chegando a uma média de 4.500 atendimentos por mês, predominando 15 a 20% das ocorrências para as Unidades de Suporte Avançado de Vida (SAV) e 80 a 85% para as Unidades de Suporte Básico de Vida (SBV) (FRANÇA; BARBOSA, 2011).

Conhecer a epidemiologia dos agravos agudos e a verdadeira realidade/necessidade em cada região, é de fundamental importância para definir e direcionar determinadas políticas de prevenção a tais agravos, lesões e das mortes por eles causadas. Em algumas situações o serviço de saúde não conhece as informações básicas sobre determinado local, sendo este, um dos fatores que podem acarretar em falhas na atuação do mesmo, desta maneira o envio de qualquer serviço de saúde, somente deveria acontecer após o reconhecimento da real situação de atuação do serviço (CABRAL et al, 2011).

Tendo como foco a garantia da qualidade do atendimento, é primordial que a instituição de saúde bem como seus profissionais de nível técnico e superior cumpram o seu dever de promover o cuidado, como também garantir a qualidade de vida dos que utilizam os seus serviços. Um serviço de qualidade não é apenas aquele capaz de realizar as técnicas e ações corretas no momento do atendimento é aquele que, além disso, seja capaz de satisfazer às necessidades e expectativas dos clientes/usuários (SELEGHIM et al., 2010).

Dessa forma se a qualidade do atendimento não for garantida de forma correta, a eficácia da assistência fica comprometida, e por isso a qualidade da assistência prestada nem sempre é a esperada, o que pode acarretar um quadro de insatisfação por parte do usuário para com o serviço e com os profissionais que nele atuam. Além disso, essa interferência no elo existente na relação entre o usuário e o serviço prestado, é um fator que ainda provoca uma grande prevalência de reclamações corriqueiras dos usuários do SAMU, quanto à dificuldade ao acesso em tempo ágil ao local de atendimento.

A justificativa para desenvolver e explorar o presente estudo se deu pelo motivo de acompanhar as atuações do serviço no município. O SAMU é um sistema complexo de significativa importância social, dessa forma torna-se imprescindível conhecer as possíveis dificuldades que possam estar prejudicando a qualidade e o sucesso do atendimento oferecido à população, tendo como base a perspectiva dos usuários que usufruíram do serviço (SANTOS et al., 2012).

Em vista a supostos problemas na qualidade desse atendimento, verificou-se que a implantação de um serviço de saúde como o SAMU, requer sempre que possível uma avaliação de forma geral de suas ações prestadas e do benefício oferecido à população, pois a compreensão a partir da visão do usuário sobre determinadas situações de urgência, produz conhecimento que pode ser utilizado na produção de novas hipóteses, sobre os motivos que influenciaram a busca pelo serviço móvel de urgência, permitindo ao profissional de enfermagem compreender as demandas e atuar diretamente sobre elas, por meio de ações que irão desde orientações a cuidados específicos.

O tempo decorrido entre o acidente e a admissão hospitalar é um fator extremamente relevante para reduzir a mortalidade e sequelas nas vítimas de lesões produzidas por agravos de diferentes naturezas, sejam elas clínicas, obstétricas, cirúrgicas e dentre outros. Em todos os níveis de atenção, a enfermagem desempenha um papel fundamental como integrante da equipe que presta atendimento de urgência e emergência, tanto no cuidado direto e indireto ao paciente, no gerenciamento do local e de toda sua equipe, como também na educação permanente (SILVA et al., 2014).

A equipe de enfermagem são os profissionais que tem maior contato com os pacientes, portanto avaliar a qualidade do atendimento do serviço móvel de urgência, levando em consideração a satisfação comunitária favorecerá a identificação de práticas para aprimorar e qualificar o cuidado prestado à população. De tal forma que tais ações posteriormente possam ser planejadas e implementadas, em favor da melhoria e do aumento da expectativa de vida da comunidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a qualidade do atendimento do serviço móvel de urgência da cidade de Bocaina no estado do Piauí.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil sócio demográfico da população atendida pelo o serviço de atendimento móvel de urgência;
- Verificar a satisfação dos usuários quanto ao serviço prestado;
- Identificar quais os principais agravos à saúde da população atendida pelo serviço de atendimento móvel de urgência.

3 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

3.1 Breve histórico

O Brasil conta hoje com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, sendo este, um serviço de atendimento médico brasileiro, utilizado para casos de urgência e emergência. O mesmo foi idealizado na França, em 1986 como Service d'Aide Médicale d'Urgence que faz uso da mesma sigla "SAMU". Existem estudos onde especialistas o consideram como o melhor do mundo. Porém, os atendimentos de urgência na França tiveram início em 1955, com a criação das primeiras equipes móveis de reanimação, tendo como missão inicial a assistência médica aos pacientes vítimas de acidentes de trânsito e a manutenção da vida dos pacientes submetidos a transferências inter-hospitalares (LOPES; FERNANDES, 1999).

Algumas pesquisas revelam que a preocupação em tratar os feridos antes do atendimento hospitalar bem como seu transporte até a instituição de saúde do Século VI, são bastante remotas, onde o Imperador Maurício cria um corpo de cavaleiros encarregado da remoção do ferido. Nesse cenário nota-se a preocupação em manter o paciente vivo até o atendimento hospitalar. Já no século XVIII Napoleão Bonaparte designa o Barão Dominique-Jean Larrey para desenvolver o sistema de cuidados médicos para o exército francês.

Para Nitschke et al (2012, p. 35) Barão Larrey desenvolve todos os preceitos do cuidado médico de emergência utilizados atualmente: rápido acesso ao paciente por profissional treinado; tratamento e estabilização no campo; rápido transporte aos hospitais apropriados; cuidados médicos durante o transporte.

Durante a I e II Guerras Mundiais, foi que os serviços médicos militares provaram sua eficácia no acesso e manejo precoce das pessoas feridas. Entretanto, na prática civil, os médicos demoraram a se mobilizar, mesmo diante do aumento progressivo das perdas de vidas humanas ocasionadas por traumas advindos de causas externas, sendo os acidentes de trânsito os mais pontuados. Em vista desta demora, entrou a intervenção das autoridades sanitárias que, inicialmente, delegaram as responsabilidades deste serviço aos responsáveis pelos resgates, ou seja, os militares do Corpo de Bombeiros, retirando a característica sanitária deste atendimento.

No ano de 1956 foi criado em Paris o primeiro Serviço Móvel de Urgência e Reanimação (SMUR), tendo como finalidade assegurar o transporte inter-hospitalar de pacientes em insuficiência respiratória séria. Dispondo das Unidades Móveis Hospitalares (UHM), as equipes desse serviço passaram a intervir nos domicílios dos pacientes,

configurando, o que configurou definitivamente, os princípios do atendimento pré-hospitalar, estes relacionados a seguir:

- O auxílio médico urgente é uma atividade sanitária.
- As intervenções sobre o terreno devem ser rápidas, eficazes e com meios adequados.
- A abordagem de cada caso deve ser simultaneamente, médica, operacional e humana.
- As responsabilidades de cada profissional e as inter-relações com os demais devem ser estabelecidas claramente.
- A qualidade dos resultados depende, em grande parte, do nível de competência dos profissionais;
- A ação preventiva deve ser um complemento da ação de urgência. (LOPES; FERNANDES, 1999).

Enfim, em 1965 o Ministério de Saúde Francês impõe a certos centros hospitalares que se dotem de meios móveis de socorro de emergência. Serviços de Atendimento Médico de Urgência são criados para administrar as chamadas médicas que apresentam um caráter de emergência assim como o funcionamento do SMURS (UTI Móveis). Em 1968, nasceu o SAMU, com a finalidade de coordenar as atividades dos SMUR, comportando, para tanto, um centro de regulação médica dos pedidos, tendo as suas regras regulamentadas em decreto de 16/12/1987 (LOPES; FERNANDES, 1999).

No Brasil o surgimento dos serviços móveis de urgência teve início no ano de 1893, onde o Senado da jovem República aprova a Lei que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência em via pública. Porém, somente depois da aprovação da lei, em 1907 é que o Prefeito Pereira Passos encomendou da Europa várias ambulâncias, para trabalharem em postos de pronto socorro. De forma geral, a “atenção pré-hospitalar” no Brasil foi exercida de forma incipiente, fragmentada e desvinculada da saúde, exercida tradicionalmente pelos profissionais bombeiros, sendo estes os responsáveis historicamente por esta prática, já que inexistia uma política pública da área da saúde voltada para o segmento.

O SAMU no Brasil teve início através de um acordo bilateral, assinado entre o Brasil e a França, através de uma solicitação do Ministério da Saúde, o qual optou pelo modelo francês de atendimento, em que as viaturas de suporte avançado possuem obrigatoriamente a presença do médico (LOPES; FERNANDES, 1999). Inicialmente os serviços prestados pelo SAMU estavam centrados nos atendimentos de estrada, no entanto, sabe-se que estendem seus atendimentos ao campo de ação inclusive para intervenções não traumatológicas, transportes inter-hospitalares, bem como chamadas da população por ansiedade, tratando-se de uma urgência vital ou simplesmente sentida como tal.

3.2 A Política Nacional de Atenção às Urgências

A implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências avançando na construção do SUS tem como diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização, bem como, a participação social, acoplado à humanização que é direito de todo cidadão. A mesma possui como componente estrutural a promoção da saúde, a solidariedade, a ação necessária e ágil.

A política tem como foco principal as seguintes ações, segundo França e Barbosa (2011, p. 14):

- Organizar o atendimento de urgência em todos os níveis de atenção à saúde (Unidades básicas de saúde e Programa Saúde da Família, Pronto-atendimentos 24 horas e Unidades hospitalares com porta aberta para às urgências);
- Estruturar o atendimento pré-hospitalar móvel SAMU 192;
- Reorganizar as grandes urgências e os prontos-socorros em hospitais;
- Criar a retaguarda hospitalar para os atendimentos às urgências;
- Estruturar os Núcleos de Educação em Urgência (NEU/NEP);
- Proporcionar humanização do atendimento integral nas unidades de urgência;
- Estruturar o atendimento pós-hospitalar.

Em novembro de 2002 a Portaria GM n.º 2.048 é publicada, onde a mesma estabelece os princípios e diretrizes dos sistemas estaduais de urgência e emergência, além de definir normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência. Também contempla a criação das Coordenações do Sistema Estadual de Urgências, compondo-se de sete capítulos. Em seu artigo primeiro – §1º diz (Brasil, 2006, p. 51)

§ 1.º O Regulamento ora aprovado estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

Essa mesma portaria dentre outros cita também o componente pré-hospitalar móvel como um dos serviços de atendimento às urgências e emergências.

Em 2003, em um novo ciclo de governo, a área das urgências é considerada prioritária, sendo assim, publicada na forma da Portaria GM/MS 1863 a “Política Nacional de Atenção às Urgências”, tendo em seu contexto à incorporação de novos elementos conceituais, além da revisão e retomada de outros já bastante difundidos (BRASIL, 2006).

Para tanto, esse decreto tem por objetivo Instituir a Política Nacional de Atenção às Urgências a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão composta pelos sistemas de atenção às urgências estaduais, regionais e municipais. E dentre os componentes fundamentais que devem instituir o artigo primeiro da portaria está à organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes, entre eles o que envolve os serviços pré-hospitalar fixo e móvel, como descrito no artº 3º.

2.a - Componente Pré-Hospitalar Fixo: unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS nº. 2048, de 05 de novembro de 2002.

2.b – Componente Pré-Hospitalar Móvel: - SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgências e os serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192; (BRASIL, 2006),

Para complementar o referido decreto que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, é que foi aprovada a Portaria nº 1864 de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU 192 (BRASIL, 2006). Prevê também Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, caracterizando a primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006).

Em setembro de 2004 foi publicada a Portaria GM nº 1828 (BRASIL, 2006), na qual, leva se em consideração a necessidade de garantir recursos financeiros para auxiliar na implantação e no funcionamento dos Serviços de Atendimento Móvel às Urgências, objetiva conforme consta em seu Art. 1º. Instituir incentivo financeiro para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional.

E em dezesseis de dezembro de 2004 é publicada a Portaria GM nº 2657 que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192 (BRASIL, 2006). A mesma trás na forma de anexo que as centrais SAMU de abrangência municipal, micro ou macrorregional, devem prever acesso a usuários, por intermédio do número público gratuito

nacional 192, exclusivo para as urgências médicas, bem como aos profissionais de saúde, em qualquer nível do sistema.

É importante salientar que as centrais de regulação devem funcionar como importante “porta de entrada” do sistema de saúde, e dessa forma, a partir de então esse paciente ser encaminhado a um serviço qualificado e organizado, que também devem estar pactuadas e acessíveis, por meio das demais centrais do complexo regulador da atenção, garantindo acesso à rede básica de saúde, à rede de serviços especializados, à rede hospitalar (internações em leitos gerais, especializados, de terapia intensiva e outros), assistência e transporte social e outras que se façam necessárias a promover um atendimento rápido e eficaz a todos os usuários desse serviço (SILVA et al., 2014).

3.3 Atuação da equipe de Enfermagem

O SAMU tem por finalidade prestar assistência gratuita ao indivíduo, em um primeiro nível de atenção, com agravos de natureza clínica, cirúrgica, traumática e psiquiátrica que acarretam sofrimento, sequelas ou morte e ocorrem fora do ambiente hospitalar (VIEIRA; MUSSI, 2008). Para que essa assistência seja feita de forma eficaz, é necessária uma equipe de saúde capacitada, bem como, transporte e equipamentos adequados para prestar o atendimento.

A equipe que atua no serviço de atendimento pré-hospitalar enfrenta diversos desafios, já que estes devem estar preparados para trabalhar em conjunto, tomar decisões rápidas, embasadas em conhecimentos prévios. Dentre os profissionais que atuam nesse serviço, dar-se destaque no corpo do presente trabalho aos enfermeiros, onde é necessário que estes profissionais, segundo Santana et al (2012. p. 06), tenham várias características e habilidades que são inerentes às funções, como: agilidade, capacidade de trabalho em equipe, destreza, atenção, atualização constante, concentração, conhecimento científico, equilíbrio emocional, iniciativa, condicionamento físico, psíquico, entre outras.

Diante da proposta do Atendimento Pré-Hospitalar móvel (APHM), o enfermeiro é o profissional capacitado, que trabalha na supervisão da equipe de enfermagem, execução das prescrições médicas, assistência a pacientes grave, tomada de decisões e no controle da qualidade do serviço (BERNARDES et al., 2014).

As equipes de profissionais devem ser compostas por técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e condutores de veículo de urgência, onde estes devem atender às urgências clínicas, cirúrgica, gineco-obstétrica, pediátrica, traumáticas e de saúde mental.

Segundo Bernades et al (2014. p. 636), com o objetivo de conduzir o processo de trabalho gerencial na enfermagem, o enfermeiro deve atender as dimensões: cuidado, gerência, educação e pesquisa. Assim, o enfermeiro tem condição de desempenhar o papel articulador no sistema, na integralidade e integração ensino e cuidado, possibilitando a operacionalização dos serviços de saúde.

Segundo seus princípios e diretrizes deve coordenar meios, processos e fluxos que visem garantir a sobrevivência do paciente interagindo com todos os componentes da rede de assistência local à saúde (VIEIRA; MUSSI, 2008). A equipe do atendimento pré-hospitalar móvel lida com situações adversas em que o peso de uma decisão rápida e segura influencia no prognóstico da vítima (SANTANA et al., 2012).

Baseado na portaria GM 2.048/2002, são considerados pré-requisitos gerais do profissional enfermeiro para atuação no SAMU: Disposição pessoal para a atividade; equilíbrio emocional e autocontrole; capacidade física e mental para a atividade; disposição para cumprir ações orientadas; experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências; iniciativa e facilidade de comunicação; condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis; capacidade de trabalhar em equipes; disponibilidade para a capacitação, bem como para a pre-certificação periódica (BRASIL, 2006).

Para tanto, compete ao enfermeiro no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência as seguintes atividades, conforme portaria 2.048/GM (Brasil, 2006):

- Administrar tecnicamente o serviço de atendimento pré-hospitalar;
- Fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão;
- Participar da formação dos bombeiros, policiais rodoviários e dos demais profissionais na área de urgência/emergência pré-hospitalar;
- Prestar assistência direta às vítimas, quando indicado;
- Avaliar a qualidade dos profissionais atuantes nos atendimentos pré-hospitalares e proporcionar-lhes supervisão em serviço;
- Subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe;
- Participar do desenvolvimento de recursos humanos para o serviço e a comunidade caso integre ao Núcleo de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos da área.
- Exercer todas as funções legalmente reconhecidas à sua formação profissional. Nos termos da legislação específica que regulamenta a profissão de enfermagem - Lei nº. 7.498/86 e Decreto nº. 94.406/87.

Os serviços prestados pelo SAMU à comunidade precisam ser constantemente reavaliados através de ações políticas e ética visando à melhoria da cobertura e da qualidade de atendimento pré-hospitalar oferecida, reconhecendo o indivíduo como cidadão que têm

direitos e condições de acesso a serviços de saúde assegurado com competência técnico-científica e dignidade a sua sobrevivência, para isso, é que se faz necessário uma equipe treinada para levar um melhor conforto a esse cidadão que necessita de atendimento pré-hospitalar (SELEGHIM et al., 2010).

3.4 A atenção às urgências no cenário atual

O SAMU iniciou-se no Brasil após a regulamentação da portaria no 2048/2002 sendo, num primeiro momento, utilizado como tentativa de consolidar os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, a fim de aperfeiçoar e ampliar as normas já existentes.

O objetivo principal destes serviços seriam para permitir uma melhor organização da assistência à saúde, articular os serviços, definir fluxos e referências resolutivas, almejando uma universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada (PEREIRA; FERNADES; FERREIRA, 2012).

Com isso buscava-se envolver toda a rede assistencial, desde a rede pré-hospitalar, serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU, Resgate, ambulâncias do setor privado, etc.), até a rede hospitalar de alta complexidade, capacitando e responsabilizando cada um destes componentes da rede assistencial pela atenção a uma determinada parcela da demanda de urgência, respeitando os limites de sua complexidade e capacidade de resolução.

Tornou-se consenso no mundo todo que muito se pode fazer no atendimento às urgências antes da porta dos hospitais diminuindo assim o sofrimento e aumentando as possibilidades de sobrevivência. Daí a importância dos serviços móveis de urgência, já que através do atendimento rápido prestado por esse serviço se pode reduzir sequelas físicas e emocionais, além da oportunidade de se oferecer solidariedade no momento de crise, que é como toda urgência é sentida pelo cidadão, seus familiares e amigos, onde objetiva-se oferecer cuidados o mais apropriado e necessário em toda e quaisquer circunstância.

O Atendimento Pré-hospitalar divide-se em duas modalidades: o Suporte Básico de Vida (SBV) e o Suporte Avançado de Vida (SAV). O primeiro “compreende o atendimento prestado a uma vítima de mal súbito ou trauma, visando à manutenção de seus sinais vitais e à preservação da vida, além de evitar o agravamento das lesões existentes, até que uma equipe especializada possa transportá-la ao hospital e oferecer um tratamento definitivo”, este atendimento não precisa necessariamente ser realizado por uma equipe de saúde, como o SAMU, mais por qualquer cidadão (ROCHA, 2011).

Porém, se destaca que apesar de qualquer cidadão poder ajudar em uma situação de emergência, é importante lembrar que isso não o torna um “socorrista” profissional. Para se profissionalizar é necessário adquirir muito mais informações e habilidades, treinamento adequado e, inclusive, para muitas das funções, diploma e registro profissional (ROCHA, 2011).

Em outras palavras, o SBV que é oferecido aos pacientes no ambiente extra-hospitalar, deve ser realizado por pessoa seja capaz de avaliar e manter a vítima respirando, com batimento cardíaco e sem hemorragias graves, até a chegada de uma equipe especializada, ou seja, o profissional de saúde que presta o socorro, chamado de socorrista, para fins didáticos, ao iniciar o suporte básico estará garantindo por meio de medidas simples, não invasivas e eficazes de atendimento as funções vitais do paciente e evitando o agravamento de suas condições (PEREIRA; FERNADES; FERREIRA, 2012).

Por outro lado, o SAV, caracteriza-se pela realização de procedimentos invasivos de suporte ventilatório e circulatório, como, por exemplo, a intubação orotraqueal, acesso venoso e administração de medicamentos. Geralmente, o suporte avançado é prestado por equipe composta por médico e enfermeiro (ROCHA, 2011). Ambas as modalidades são realizadas pela equipe do SAMU.

A Rede Nacional SAMU 192 recentemente conta com algo em torno de 157 serviços habilitados e distribuídos em todas as capitais brasileiras e em várias cidades totalizando 1.372 (mil trezentos e setenta e dois) municípios e uma cobertura populacional de aproximadamente 109 (cento e nove) milhões de pessoas (FRANÇA; BARBOSA, 2011).

O acionamento do serviço é realizado por solicitação telefônica, de forma gratuita, através do número nacional de atendimento às urgências o 192 (cento e noventa e dois), onde a ligação é atendida por técnicos na Central SAMU 192, dentre eles o médico, que identifica a gravidade do caso e, imediatamente, faz a leitura da situação apresentada e inicia o atendimento, orientando o paciente, e/ou a pessoa que fez a chamada, sobre as primeiras condutas a serem tomadas (FRANÇA; BARBOSA, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, de caráter transversal com abordagem quantitativa. A realização de uma pesquisa de campo, detecção e análise do serviço prestado são de grande importância não só na melhoria do serviço por se só, mas na melhora na qualidade do serviço ofertado e na qualidade de vida da comunidade.

O estudo descritivo tem como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno, assim como o estabelecimento de relações entre variáveis. O estudo transversal é aquele em que o pesquisador coleta os dados do experimento num único instante no tempo, obtendo um recorte momentâneo do fenômeno investigado (GIL, 2010).

A pesquisa de abordagem quantitativa apropria-se da análise estatística para a interpretação dos dados, pois traduzem em números as opiniões e informações coletadas de forma fidedigna com a participação direta da comunidade (FIGUEIREDO, 2009).

Por fim, os dados coletados do estudo são interpretados, sintetizados e as conclusões são construídas através da análise de formulários, construídos de acordo com os objetivos da pesquisa. Para isso, é preciso seguir padrões de rigor metodológico e que a apresentação dos resultados seja clara para que o leitor possa perceber e interpretar as reais características que foram abordadas, a situação a qual os usuários estão expostos e a tentativa de uma possível mudança na qualidade desse serviço, tudo isso está diretamente relacionado à tentativa de garantir a melhora do serviço oferecido.

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, na cidade de Bocaina-Piauí, localizada a 332 km da capital Teresina e a 22 km da cidade de Picos, no período de Março à Dezembro de 2015. A escolha do local foi feita por conveniência, pois o pesquisador é residente do município, facilitando assim a coleta de dados. Sendo que o SAMU desta localidade é uma unidade de Suporte Básico de Vida. O SAMU divide área física com o Posto de Saúde (sede) e a secretaria de saúde, todos funcionando de acordo com a legalidade. O SAMU de Bocaina foi implantado em 30 de novembro de 2010, 24 horas por dia, com uma equipe formada pela coordenadora municipal

que é uma enfermeira, quatro condutores, quatro técnicos de enfermagem e quatro Técnicos auxiliares de regulação médica - TARM (BRASIL, 2015).

A cidade corresponde à área da unidade territorial 268,576 km² com uma população de 4.431 habitantes, em relação à cobertura de saúde o município possui 12 estabelecimentos de saúde, sendo 8 postos de saúde, destes 1 que é a sede, se encontra na zona urbana do município, e os demais postos se localizam na zona rural, sendo que 2 encontram-se desativados. Dois hospitais de pequeno porte, a secretaria de saúde e uma base do SAMU descentralizada, e em construção um polo da academia de saúde. Com um relevante número de acidentes na cidade e na faixa de 6 km que separam a cidade ao seu ponto turístico (Barragem) e com uma relevante demanda da solicitação do serviço de atendimento móvel urgência que atende a cidade, interiores e dá suporte a cidades vizinhas, em virtude disso, verificou-se a necessidade de implantação do serviço nesta localidade. (IBGE, 2014).

4.3 População e amostra

A população do estudo é formada pelos 125 usuários do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, encontrados e cadastrados nas fichas de registro de ocorrência do município no período de Fevereiro de 2014 à Fevereiro 2015.

Critérios de Inclusão

- Usuários que usufruíram do serviço móvel de urgência dentro do perímetro urbano.
- Moradores da zona urbana do município.
- Usuários com idade igual ou superior a 18 anos

Critérios de Exclusão

- Quando não se tenha dados suficientes para localizar o usuário;
- Por mudança do município;
- Recusar-se a ser atendido após liberação do serviço de atendimento móvel de urgência;
- óbito do usuário.

Tendo como base os critérios de Inclusão e Exclusão para o cálculo dessa amostra, composta de 125 usuários verificou – se que: 17 pessoas foram atendidas fora do perímetro urbano, 11 pessoas não residem no município, 7 pessoas possuem idade inferior a 18 anos, 14 pessoas não foram localizadas pois não se conseguiu dados pertinentes para localizá-las, 3 pessoas mudaram do município em estudo, 2 pessoas se recusaram a ser atendidas no momento da chegada do SAMU ao local da ocorrência e 5 pessoas não se pode coletar os dados pois os mesmos faleceram, dos usuários restantes, 3 pessoas foram excluídas da pesquisa por se tratarem dos indivíduos que faziam parte da aplicabilidade do instrumento através do teste piloto. Totalizando assim uma amostra final de 63 usuários.

4.4 Variáveis do estudo

As variáveis sociodemográficas e referentes ao atendimento continham dados como: sexo, idade, situação conjugal, raça/cor, religião, grau de escolaridade, renda familiar, residência e o número de indivíduos que residiam com a vítima, o número de ligações efetuadas até conseguir o atendimento, tempo que o usuário levou para repassar todas as informações necessárias para que a central reguladora pudesse entender a real necessidade e liberar posteriormente o serviço, após a liberação do SAMU quanto tempo decorreu-se até a chegada do mesmo ao local da ocorrência e a natureza do agravo a qual o cliente estava exposto para acionar o sistema.

As variáveis sobre a satisfação dos usuários incluíam perguntas sobre a qualidade do atendimento oferecido no momento da ocorrência, avaliação de forma geral após atendimento e de forma ampla e a opinião do usuário sobre os principais problemas que interferem no elo existente entre o serviço ofertado e o usuário.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu no período de Agosto à Setembro de 2015, utilizando a amostra populacional usuária do serviço que compreendiam os meses de Fevereiro de 2014 à fevereiro de 2015 (um ano), por meio de um formulário (APÊNDICE A) contendo questões relacionadas aos dados socioeconômicos e grau de instrução, Dados sobre a Natureza do agravo a qual foi acometido, qualidade do atendimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, a satisfação por parte dos usuários, e uma opinião geral sobre os profissionais, as ações, e as técnicas desenvolvidas no momento do atendimento, que foram oferecidos pelo

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência deste município, também se utilizou dados provenientes das informações colhidas diretamente das fichas do registro de ocorrência do serviço, através do Termo de fiel depositário (APÊNDICE B), sendo que os dados foram coletados e analisados após a autorização da Carta de Anuência (APÊNDICE C) por parte do secretário municipal de saúde do município.

A coleta de dados ocorreu tanto na sede do SAMU quanto no domicílio do indivíduo. Para garantir de forma fidedigna as respostas do usuário, foi solicitada a presença do indivíduo que realizou a chamada para o serviço e que esteve presente no local da ocorrência antes e após a chegada do SAMU.

Aplicou-se um teste piloto, com três integrantes da amostra, para analisar a aplicabilidade do instrumento. Após a análise do teste piloto foram feitas as modificações necessárias no instrumento. Os Usuários foram identificados em uma sequência numérica de 1 a 63.

4.6 Análise dos dados

Os resultados foram organizados em gráficos e tabelas no Excel e analisados no Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0. A análise dos resultados da investigação abordou a correspondência dos conhecimentos e práticas identificadas, considerando a literatura pertinente relacionada ao assunto.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os preceitos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFPI.

Para realização da pesquisa coube ao pesquisador solicitar dos usuários que de alguma forma usufruíram do serviço participem da pesquisa, bem como esclarecê-los sobre o anonimato, o método, os objetivos e da relevância da pesquisa. Os usuários tiveram autonomia de se recusar a participar da pesquisa ou desistir dela a qualquer momento da coleta de dados. Após os esclarecimentos da pesquisa, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D). O TCLE foi assinado em duas vias, uma ficou no domínio do pesquisador e outra foi entregue ao sujeito da pesquisa.

Entre os riscos que os participantes da pesquisa foram expostos pode-se citar: o constrangimento por não saberem responder as perguntas do formulário e a exposição do mesmo durante as perguntas, porém este constrangimento foi minimizado preservando-se o anonimato do indivíduo e oferecendo local reservado que promova a privacidade dos participantes e confidencialidade das informações. Em meio aos benefícios destaca-se a possibilidade da instituição de saúde e os profissionais que nela atuam poderem avaliar a necessidade de mudança ou implementação de algum treinamento específico no local que forem detectadas lacunas no serviço prestado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o objetivo de avaliar a qualidade do atendimento do Serviço Móvel de Urgência da cidade de Bocaina no Estado do Piauí, e considerando a natureza desse estudo, segue-se um relato sucinto o qual irá discutir os resultados obtidos a partir dos formulários aplicados aos usuários do serviço, buscando aclarar sobre a satisfação dos mesmos.

Dessa forma, o seguinte capítulo destina-se a apresentar os resultados e discussões da pesquisa desenvolvida, estando organizado por categoria temática e caracterização dos participantes do estudo, além dos dados estatísticos sobre a atuação do atendimento do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), a avaliação da qualidade e natureza dos agravos, por fim, a satisfação dos usuários quanto ao atendimento recebido.

Os dados apresentados foram baseados na amostragem, no qual, procurou-se da melhor forma aprofundar-se nas respostas e observações no intuito de interpretá-las para, a partir daí, expor de forma clara a experiência, além de tecer alguns comentários.

5.1 Caracterização dos participantes

A pesquisa envolveu um total de 63 (sessenta e três) usuários do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da cidade de Bocaina, onde 30 (trinta) pessoas são do sexo masculino e 33 (trinta e três) do sexo feminino, com idades entre 18 (dezoito) e 91 (noventa e um) anos, conforme ilustra a tabela 01 a seguir.

TABELA 01 - Dados sobre o sexo dos entrevistados.

Variável		N	%
Sexo	Masculino	30	47,6
	Feminino	33	52,4
Total		63	100

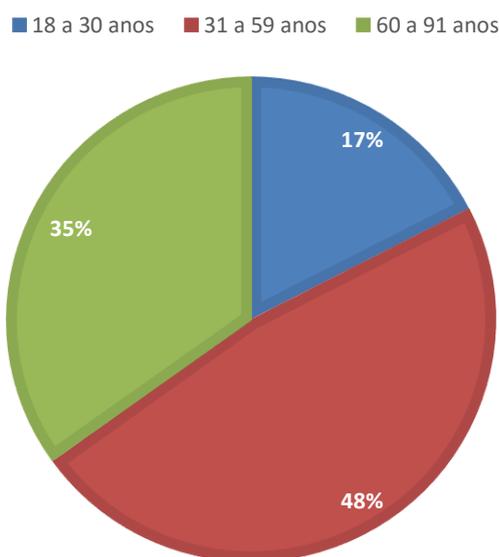
Fonte: dados da pesquisa.

Segundo os dados da tabela 01, baseado na amostra da pesquisa, um maior número de pessoas do sexo feminino, 52,4%, solicitaram os serviços prestados pela equipe do SAMU, contra 47,6% do sexo masculino. A média etária dos usuários foi de 52 (cinquenta e dois)

anos e a mediana de 51 (cinquenta e um) anos, encontrando-se particularidades quanto ao tipo de causas como veremos a diante.

De acordo com o gráfico 01, a faixa etária que gerou maior volume de ocorrências foi a de 31 (trinta e um) a 59 (cinquenta e nove) anos, seguida da faixa etária de 60 (sessenta) a 91 (noventa e um) anos e com menos solicitações, porém número significativo, a faixa etária de 18 (dezoito) a 30 (trinta) anos.

GRÁFICO 01: DADOS SOBRE A FAIXA ETÁRIA.



Fonte: dados da pesquisa.

O gráfico 01 acima revela que 17% dos pacientes estavam na faixa etária de 18 a 30 anos, 48% dos entrevistados, a grande maioria, estavam dentro da faixa etária considerada jovem adulto que é de 31 a 59 anos e 35% encontram-se na faixa de 60 a 91 anos, ou seja, população idosa. Em estudo semelhante realizado na cidade de Teresina – Piauí, Bezerra (2007) identificou que 55% dos usuários do SAMU possuem de 30 a 60 anos. Fernandes (2004) refere que a idade dos pacientes merece destaque quando analisamos as ocorrências por causas externas, sendo que comportamento semelhante foi observado no presente estudo onde cinco dos entrevistados tem 18 (dezoito) anos, sendo a idade onde se obteve maior número de ocorrências, totalizando 7,9%.

Quanto a situação conjugal a maioria dos participantes da pesquisa são casados, totalizando 33 (trinta e três) pessoas, 15 (quinze) solteiros, 2 (dois) divorciados, 2 (dois) união consensual e 11 (onze) outras situações (Tabela 02).

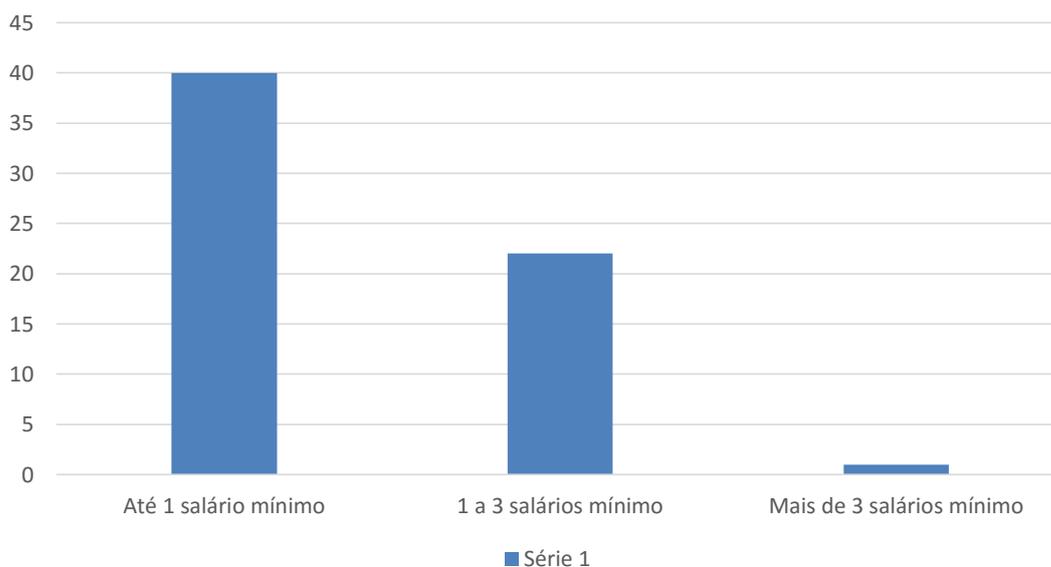
TABELA 02 – Dados sobre a situação conjugal.

Variável		N	%
Situação Conjugal	Solteiro(a)	15	23,8
	Casado(a)	33	52,4
	Divorciado	2	3,2
	União consensual	2	3,2
	Outro	11	17,5
Total		63	100

Fonte: dados da pesquisa.

A tabela 02 ilustra que 52,4% dos usuários são casados, 23,8% são solteiros, 3,2% são divorciados, 3,2% possuem união consensual e 17,5% estão em um outro tipo de relacionamento não mencionado na entrevista.

No que se refere à renda dos participantes, 40 (quarenta) recebem até um salário mínimo, 22 (vinte e dois) entre um a três salários mínimo e apenas 1 (um) recebe mais de três salários (Gráfico 02).

Gráfico 02: Dados Sobre a Renda Familiar.

Fonte: dados da pesquisa.

O gráfico 02 mostra que a maioria dos usuários recebem até um salário mínimo, 63,5% revelando que as pessoas de baixa renda são as mais beneficiadas pelos serviços oferecidos pelo SAMU, com relação à amostra da pesquisa. Os demais dados da tabela

mostram que 34,9% recebem de um a três salários mínimos e apenas 1,6% dos entrevistados possui renda familiar de mais de três salários, observando que neste último caso, onde se registrou apenas um, a solicitação do atendimento foi de agravo traumático.

Também foi questionado aos entrevistados se moram em imóvel próprio, alugado ou cedido, além do número de pessoas que residem no mesmo imóvel. Os resultados apontam que a maioria dos entrevistados, 79,4%, residem em imóvel próprio, sendo que 54% do total de participantes da amostra moram com 1(uma) a 3(três) pessoas na mesma residência. Esses dados estão demonstrados nas tabelas 03 e 04 a seguir:

TABELA 03 – Dados sobre o tipo de imóvel.

Variável		N	%
Reside	Imóvel próprio	50	79,4
	Imóvel alugado	9	14,3
	Imóvel cedido	4	6,3
Total		63	100

Fonte: dados da pesquisa

TABELA 04 – Dados sobre o número de pessoas que residem com o entrevistado.

Variável		N	%
Número de pessoas que residem com o entrevistado.	Mora sozinha	5	7,9
	De 1 a 3 pessoas	34	54
	De 3 a 5 pessoas	17	27
	Acima de 5 pessoas	7	11,1
Total		63	100

Fonte: dados da pesquisa

Analisando os dados da tabela 04 é possível notar que uma pequena quantidade de pessoas que solicitaram atendimento pelo SAMU na referida cidade moram sozinhas, apenas 7,9% do total de todos os participantes da pesquisa, isso vem a ser um benefício, já que no momento de uma emergência o próprio paciente pode não está em condições de solicitar atendimento ao SAMU, acarretando em maior risco de morte, isso no caso de emergências ocorridas na residência do vitimado.

No tocante à escolaridade, conforme ilustrado pela tabela 05, a maioria dos participantes, um total de 20 (vinte) pessoas, possuem ensino fundamental incompleto, 7

(sete) são analfabetos, 13 (treze) com ensino fundamental completo, 10 (dez) possuem ensino médio incompleto, 9 (nove) com ensino médio completo, 1 (um) com nível técnico, 1 (um) possui ensino superior incompleto e 2 (dois) pessoas possuem ensino superior completo.

TABELA 05 – Dados sobre o grau de escolaridade.

Variável	N	%
Grau de escolaridade		
Analfabeto	7	11,1
Ensino Fundamental Incompleto	20	31,7
Ensino Fundamental Completo	13	20,6
Ensino Médio Incompleto	10	15,9
Ensino médio Completo	9	14,3
Nível Técnico	1	1,6
Nível Superior Incompleto	1	1,6
Nível Superior Completo	2	3,2
Total	63	100

Fonte: dados da pesquisa

A tabela 05, revela que maior parte dos entrevistados possuem Ensino Fundamental Incompleto, totalizando 20% dos casos, e este não é um dado isolado, pois resultado semelhante ocorreu em estudo realizado com usuários do SAMU de Teresina – Piauí, onde se constatou que 50% possuíam ensino fundamental incompleto (BEZERRA, 2007). Assim podemos fazer um comparativo dos dados apresentados no gráfico 02 (renda familiar), onde se constatou que a maioria dos usuários dos serviços prestados pelo SAMU de Bocaina é de baixa renda e isso nos remete que ainda hoje as populações menos favorecidas financeiramente também não tiveram alcance de um nível mais elevado de escolaridade.

Procurou-se saber na referente pesquisa a raça dos entrevistados, onde 50,8% são alto declarados brancos, sendo estes a maioria dos indivíduos da amostra, 42,9% alto declarados pardos, 3,2% alto declarados negros e 3,2% outra raça não definida no questionário.

5.2 Atuação do atendimento do Serviço Móvel de Urgência (SAMU)

Foi questionado aos entrevistados quantas vezes efetuou a ligação para o sistema 192 para conseguir o atendimento, os dados obtidos estão especificados na tabela abaixo (tabela 06).

TABELA 06 – Dados do número de ligações efetuadas para o sistema 192.

Variável	N	%
Número de ligações		
1 vez	39	61,9
Entre 1 e 3 vezes	22	34,9
Mais de 3 vezes	2	3,2
Total	63	100

Fonte: dados da pesquisa

A amostra aponta que 61,9% realizaram apenas uma ligação, 34,9% entre uma e três vezes e 3,2% mais de três vezes para conseguir o atendimento. Isso demonstra bastante relevância na qualidade do atendimento, já que quanto menos ligações mais rápido se procede o atendimento, resultando em maiores chances de recuperação da vítima.

Deve-se pontuar que nem todas as chamadas são de pessoas pedindo resgate, sendo que estas “interrompem” a linha o que leva à demora no atendimento de uma chamada de usuário que realmente necessita de resgate, justificando a porcentagem de pessoas que realizaram mais de uma chamada. Segundo pesquisa realizada na cidade de Belo Horizonte - MG, “de todas as chamadas que chegam à central de regulação do SAMU, apenas 31.93% (para o ano de 2009) resultam em atendimento pelo médico regulador. As demais são divididas em trote, abuso, engano, chamada interna, informações e ligação interrompida” (SILVA, 2010).

Procurou-se saber também o tempo levado para o repasse das informações à central de atendimento do SAMU, sendo que este varia muito, a depender da gravidade da ocorrência. Na visão de França e Barbosa (2011, p. 27) o acolhimento inicial realizado pelo TARM (Técnico Auxiliar de Regulação Médica) garante a continuidade do processo de comunicação, tendo por objetivo identificar sinais de alerta que surjam de imediato em decorrência da natureza do agravo, bem como a descrição do caso/cenário por parte do solicitante.

Nesse sentido, é a partir das informações colhidas na ligação que se tem uma noção de todo aparato de matérias e profissional será necessário para o atendimento. A seguir, na tabela

07 estão expressos dados sobre o tempo relativamente levado para que o usuário do serviço pudesse repassar as informações ao responsável para depois acontecer a previsível liberação da ambulância do SAMU.

TABELA 07 – Dados referente ao tempo de repasses de informações.

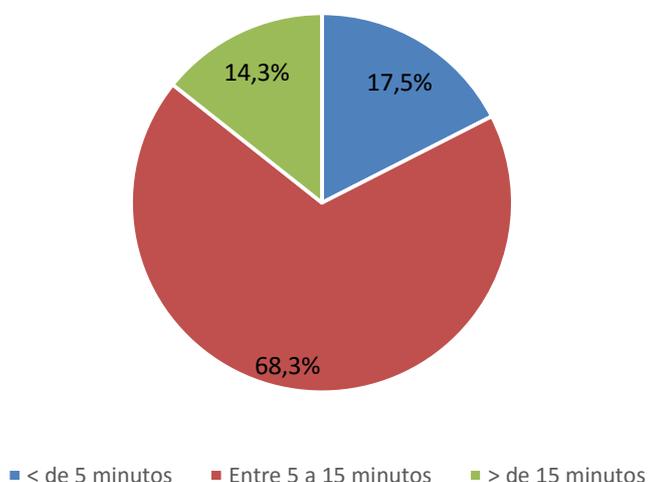
Variável	N	%
Tempo para repassar informações.	De 1 à 5 minutos	23,8
	De 6 a 10 minutos	57,1
	Acima de 10 minutos	19
Total	63	100

Fonte: dados da pesquisa

Segundo a amostra o maior percentual foi registrado no tempo de 6 (seis) à 10 (dez) minutos (57,1%), seguido do tempo de 1 (um) à 5 (cinco) minutos (23,8%) e acima de 10 (dez) minutos (19%).

Procurou-se saber também o tempo de espera até a chegada do serviço ao local da ocorrência após a liberação do serviço de saúde (SAMU) pela central reguladora. Tais dados estão especificados no gráfico 03 abaixo.

Gráfico 03: Dados de tempo levado pelo SAMU ao local da ocorrência.



Fonte: dados da pesquisa

O tempo variou entre 5 (cinco) e 15 (quinze) minutos num percentual de 68,3% da mostra, 17,5% levou menos de 5 (cinco) minutos e 14,3% mais de 15 (quinze) minutos.

Macedo (2003) define o tempo médio de resposta das equipes do SAMU como o tempo transcorrido desde o momento da recepção do chamado na Central de Regulação até a chegada da equipe ao local da ocorrência. Já o tempo médio de transporte refere-se à média do tempo de transporte do cenário ao hospital de referência. O autor aponta ainda esses tempos como sendo um dos indicadores de qualidade do serviço. Para o *Committee on Trauma of Surgeons*, dos Estados Unidos da América o tempo ideal para o atendimento e realização de procedimentos em pacientes vítimas de traumas é de 20 minutos (PEPE et al., 1987; WHITAKER, 1998).

A presente pesquisa procurou saber junto aos entrevistados qual era a natureza do agravo que se encontrava no momento do acionamento do serviço, onde se constatou que 30 (trinta) casos de natureza clínica, 29 (vinte e nove) traumática, 3 (três) obstétrica e 1 (um) cirúrgica. Dados estes expressos no gráfico 08.

TABELA 08 – Dados sobre a natureza do agravo no momento do acionamento do serviço.

Variável	N	%
Natureza do agravo		
Traumática	29	46
Clínica	30	47,6
Cirúrgica	1	1,6
Obstétrica	3	4,8
Total	63	100

Fonte: dados da pesquisa

A amostra apresentou, conforme a tabela 08, que os casos de natureza clínica tiveram maior percentual (47,6%). Em pesquisa realizada no município de Olinda – Pernambuco, de fevereiro a junho de 2006 (CABRAL et al, 2011) mostra que 58,7% das ocorrências por causas clínicas se enquadram em três principais grupos de causas: doenças do aparelho circulatório, com 23,1%, sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte (21,8%), e gravidez, parto e puerpério (13,8%).

5.3 Avaliação da qualidade e satisfação dos usuários

Questionou-se aos entrevistados como eles classificariam a qualidade do atendimento do serviço de saúde móvel de urgência (SAMU) de sua cidade no momento da ocorrência, bem como, que os mesmos avaliassem o grau de satisfação para com o atendimento com notas que variam de 0 (zero) a 10 (dez), como especificado na tabela 09 a seguir. Esses dados são relevantes “na avaliação da qualidade dos serviços e ações de saúde, a análise da satisfação do usuário é de grande importância para entender as necessidades, expectativas e diferenças individuais dos usuários” (MENDES, 2009).

TABELA 09 – Dados da avaliação da qualidade e satisfação dos usuários do SAMU.

Variáveis		N	%
Qualidade do atendimento	Ruim	3	4,8
	Regular	3	4,8
	Bom	33	52,4
	Ótimo	24	38,1
Satisfação	Nota de 0 – 2	2	3,2
	Nota de 3 – 5	3	4,8
	Nota de 6 – 8	9	14,3
	Nota de 9 – 10	49	77,8

Fonte: dados da pesquisa

Analisando os dados da tabela 09 considera-se que a maioria dos usuários dos serviços do SAMU na cidade foco da pesquisa consideram bom (52,4%) o atendimento recebido. E no quesito satisfação, 49 (quarenta e nove) dos entrevistados, ou seja, 77,8%, avaliaram o atendimento com notas de 9 (nove) a 10 (dez). O percentual de pessoas que consideram o serviço prestado ruim foi bem reduzido em comparação com a quantidade da amostra, porém significativo (4,8%) já que através desses dados pode se pensar em melhorar o atendimento.

Por fim, a pesquisa também procurou saber dos entrevistados qual seria uma possível solução para alguns problemas identificados (o número de ligações realizadas, o tempo decorrido até o SAMU chegar ao local solicitado, o atendimento dos profissionais, dentre outros), especificados na tabela 10.

TABELA 10 – Dados sobre possíveis soluções para problemas identificados.

Variável		N	%
Soluções	Melhora de comunicação	26	41,3
	Melhora financeira	14	22,2
	Capacitação de profissionais	18	28,6
	Outros	5	7,9
Total		63	100

Fonte: dados da pesquisa

Após tabulação dos dados notou-se que 26 (vinte e seis) pessoas opinaram em melhora na comunicação entre o usuário e o serviço (41,3%), 14 (quatorze) pessoas acreditam que melhoras na parte financeira para com a instalação do serviço seja uma solução (22,2%), 18 (dezoito) pessoas citaram a capacitação especializada na área pertinente para os profissionais que atuam no serviço (28,6%), e 5 (cinco) pessoas deram outras opiniões não especificado no questionário (7,9%).

Na visão de Vieira e Mussi (2008), colocar o SAMU a disposição da população não caracteriza sua eficácia e eficiência. Dessa forma, a procura pelo serviço baseia-se nas necessidades locais de cada comunidade, de uma equipe de profissionais treinados na área de atendimento de urgência e emergência e de recursos matérias suficientes e de boa qualidade.

É necessário que todos os fatores internos e externos que influenciam a atuação do serviço sejam analisadas, rápido repasse de informações da central reguladora a localização do serviço e da regulação que o rege, educação permanente dos profissionais, dentre outras.

6 CONCLUSÃO

A presente pesquisa demarcou o interesse em investigar a percepção do usuário frente à qualidade do atendimento prestado pelo SAMU, pode - se perceber que os objetivos foram alcançados fazendo uma relação desde o motivo e momento que o usuário ou acompanhante realizou a ligação para o serviço até o fim do atendimento prestado, podendo ainda relacioná-lo com o perfil da população atendida. Acredita - se que este estudo venha contribuir de inúmeras formas na qualidade do atendimento oferecido.

O perfil da população atendida mostra que o sexo feminino apresentou uma demanda maior de casos, assim como os resultados da faixa etária atendida mostram que a população idosa aponta altos números de atendimento, acredita - se que ambos os dados sejam associados ao fato de se considerar uma parte da população com maior grau de fragilidade e necessitem de uma maior atenção.

No que se diz respeito ao atendimento do serviço ofertado, dados mostram que 38,1 % da população realizaram mais de uma ligação para a central de regulamentação, dados estes que comprovam que existem falhas em parte da comunicação telefônica por congestionamento ou outros fatores que interfiram no rápido acesso a central.

Em relação ao tempo de atuação do serviço desde o repasse das informações até a chegada do SAMU ao local, percebe - se que os resultados apresentam alto índice no tempo médio exposto no formulário deve - se dar bastante ênfase a tais dados, pois uma cidade de pequeno contingente populacional apresenta dados semelhantes a cidades com médio número de habitantes causando danos e aumentando riscos a saúde da população, vale lembrar que cada minuto é decisivo entre a vida e a morte de um paciente.

O estudo também aponta a satisfação e avaliação dos usuários englobando de um todo o serviço oferecido, verifica - se que apesar de falhas e reclamações existentes no serviço, a população classifica o atendimento como satisfatório e o avaliam com as maiores notas existentes no formulário, percebendo por muitas vezes assim a gratidão pela atuação do SAMU.

Vale ressaltar os dados no quesito que se baseia na opinião dos usuários referentes à forma de garantir uma melhora no serviço, tem destaque a melhora na comunicação entre o serviço e o usuário e a capacitação dos profissionais que nele atuam, tais dados apresentam bastante relevância, pois através dos mesmos pode - se gerar estratégias que solucionem tais questionamentos.

As limitações que o estudo apresentou é que a amostra poderia ter sido maior, mas houve perdas devidas alguns usuários não apresentarem dados suficientes para a sua localização.

As entrevistas mostram que a opinião dos usuários encontram-se vinculadas as interferências existentes entre o serviço e o usuário, que necessitam de atendimento imediato ao acesso ao serviço de saúde e ao reconhecimento das necessidades sociais do usuário, tanto como pertinentes ao SAMU. Esses aspectos indicam que os usuários utilizam critérios próprios de acordo com seus interesses, e conveniências para determinar o que é urgência e solicitar e avaliar o atendimento.

A opinião do usuário sobre urgência, a partir do atendimento realizado pelo SAMU, permite tanto para o serviço como para os profissionais de saúde que atendem o chamado, em especial a equipe de enfermagem, compreender as necessidades dos usuários e agir sobre elas por meio de orientações e atendimentos qualificados.

No entanto para a implementação da política de ação a urgência, no que diz respeito ao contexto pré-hospitalar móvel, o SAMU, é preciso que a percepção dos usuários seja levada em consideração e utilizada como ferramenta importante na forma de adequar as necessidades dos usuários dentro do seu papel no sistema de saúde.

Além disso deve-se traçar ações voltadas a educação em saúde, educação no trânsito, voltar estratégias específicas para a faixa etária mais atendida, analisar a localização da sede do SAMU dentre outras metas que garantam a universalidade do serviço de urgência.

REFERÊNCIAS

BERNARDES, A. et al. Supervisão do Enfermeiro n atendimento pré-hospitalar móvel. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n.3, p. 635-643, 2014.

BEZERRA, D. B. **Satisfação dos usuários atendidos no domicílio pelo SAMU em Teresina – PI**. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em enfermagem), Faculdade Integral Diferencial, Teresina, 2007. 59 f.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus: Departamento de informática do SUS**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.846 de 29 de novembro de 2003**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Oficial; setembro 2003

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.600, de 07 de julho de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria Municipal da cidade Bocaina – Piauí**. 2015. Disponível em: < <http://www.secretariamunicipalbocainapiui.gov.br> > acesso em 30 de março de 2015 às 20:00 horas.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Piauí >> Bocaina do Piauí >> estimativa da população 2014**. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmum=220180&search=infoogr%Elficos:-informa%E7%F5es-completas> > acesso em 29 de março de 2015 às 19:00 horas.

CABRAL, A. P. S.; SOUZA, W. V.; LIMA, M. L. C. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: um observatório dos acidentes de transportes terrestre em nível local. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo v. 1, n 14, p. 3-14, mar. 2011.

FERNANDES, R. J. **Caracterização da atenção pré - hospitalar móvel da Secretaria de Saúde do município de Ribeirão Preto – SP** [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Métodos e Metodologia na Pesquisa Científica**. 3ª ed, 2º reimp. São Paulo: Yendis Editora Ltda, 2009.

FRANÇA, C. R.; BARBOSA, R. M. **Manual Técnico Operacional da Central SAMU 192 Sergipe**. Aracajú: FUNESA, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HETTI L, A. et al. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. Eletr. Enf**, n. 15 v. 4 p. 973-82, out./dez, 2013.

LOPES, S. L. B.; FERNANDES, R. J. **Uma breve revisão do atendimento médico pré-hospitalar**. Medicina, Ribeirão Preto, 32: 381-387, out./dez. 1999.

MACEDO, C. R. B. Qualidade nos serviços de urgência: alguns indicadores. **Seminário de Política Nacional Integral as Urgências**. Out. 2003.

MENDES, A. C. G. **Avaliação da qualidade da assistência de urgência e emergência: Uma abordagem por triangulação de métodos**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM/FIOCRUZ, Recife, 2009.

NITSCHKE, C. A. S. et al. **Escola de Saúde Pública de Santa Catarina**. Santa Catarina (SC): NEU, 2012.

PEPE P.E.; *et al.* The relationship between total prehospital time and outcome in hypotensive victims of penetrating injuries. **Anais de Emergencias Medicas**. V.16, p.293-297. 1987

PEREIRA, E. A.; FERNADES, J. P.; PEREIRA JR, M. A. Atribuições do enfermeiro nas unidades de suporte avançado do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU: uma revisão da bibliografia. **Revista Científica Indexada Linkania Júnior**, v. 2, n. 2, fevereiro/março de 2012.

ROCHA, M. P. S. **Suporte Básico de Vida e Socorros de Emergência**. Brasília – DF: Wpos, 2011.

SANTANA, J. C. B. et al. Desafios enfrentados pelos técnicos de enfermagem que atuam em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Revista Enfermagem**, v. 15, n. 1, janeiro/abril 2012.

SANTOS, M.C et al. O processo comunicativo no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192). **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2012 mar;33(1):69-76

SELEGHIM, M. R. et al. Avaliação de Usuários Sobre a Qualidade dos Serviços de um Pronto Atendimento. **Rev. Rene**. v. 11, n. 3, p. 122-131, jul./set.2010.

SILVA, P. M. S. **Análise do serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de Belo Horizonte via simulação e otimização**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Belo Horizonte, 2010. 134 f.

SILVA, D.S. et al. A liderança do Enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 211-219, 2014.

WHITAKER, I.Y ; GUTIÉRREZ ,M.G.R; KOIZUMI M.S. Gravidade do trauma avaliada na fase pré-hospitalar. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 111 – 119, 1998.

VIEIRA, C. M. S.; MUSSI, F. C. A. A implantação do projeto de atendimento Móvel de Urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, Dec. 2008.

APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados

Código de identificação:	Data: _____ / _____ / 2015
--------------------------	----------------------------

DADOS SOCIOECONÔMICOS E GRAU DE INSTRUÇÃO

1. Sexo: 1. () M 2. () F	3. Situação Conjugal: 1. () Solteiro(a) 2. () Casado(a) 3. () Divorciado 4. () União consensual 5. () Outro: _____	4. Renda: 1. () Até 1 salário mínimo 2. () 1 a 3 salários mínimos 3. () Mais de 3 salários mínimos.
2. Idade: _____ anos		
5 Reside em: 1 () Imóvel Próprio 2 () Imóvel Alugado 3 () Imóvel Cedido 4 () Outros _____	6 Quantas pessoas residem com você? 1. () Mora sozinha 2. () De 1 a 3 pessoas 3. () De 3 a 5 pessoas 4. () Acima de 5 pessoas	
7 Grau de Escolaridade: 1. () Analfabeto 2. () Ensino Fundamental Incompleto 3. () Ensino Fundamental Completo 4. () Ensino Médio Incompleto 5. () Ensino Médio Completo 6. () Nível Técnico 7. () Nível Superior Incompleto 8. () Nível Superior Completo 9. () Pós-graduação		
8 Raça? 1 () Branca 2. () Negra 3. () Parda 4. () Indígena 5. () Outros _____.		

DADOS SOBRE A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE, NATUREZA DO AGRAVO, SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E ATUAÇÃO DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO MOVÉL DE URGÊNCIA (SAMU).

1. No momento que realizou a ligação para o sistema 192, quantas vezes efetuou a ligação para conseguir o atendimento? 1. () 1 vez 2. () Entre 1 e 3 vezes 3. () Mais 3 de vezes
--

<p>2. Após conseguir que a ligação fosse encaminhada para a central reguladora do sistema de atendimento, quanto tempo relativamente levou para que você pudesse repassar as informações ao responsável para depois acontecer a previsível liberação do SAMU de sua cidade?</p> <p>1. () De 1 à 5 minutos 2. () De 6 à 10 minutos 3. () Acima de 10 minutos</p>
<p>3 Após a liberação o serviço de saúde (SAMU) pela central reguladora quanto tempo de espera até a chegada do serviço ao local da ocorrência?</p> <p>1. () < 5 minutos 2. () Entre 5 e 15 minutos 3. () > 15 minutos</p>
<p>4. Qual a natureza do agravo que no momento da solicitação do serviço, se encontrava para acionar o serviço (SAMU)?</p> <p>1. () Traumática</p> <p>2. () Clínica</p> <p>3. () Cirúrgica</p> <p>4. () Obstétrica</p> <p>5. () Outros:_____.</p>
<p>5. Como você classifica a qualidade do atendimento do serviço de saúde móvel de urgência (SAMU) de sua cidade no momento da ocorrência?</p> <p>1. () Ruim 2. () Regular 3. () Bom 4. () Ótimo</p>
<p>6 Identificando a sua satisfação para com o atendimento do serviço móvel de forma geral, após o atendimento com notas que variam de 0 a 10. Como você usuário o avalia?</p> <p>1. () Nota 0 - 2 → ruim 2. () Nota 3 - 5 → regular 3. () Nota 6 - 8 → bom</p> <p>4. () Nota 9 - 10 → ótimo</p>
<p>7 Em sua opinião se existir algum problema no serviço de atendimento geral do SAMU de sua cidade, ex: o número de ligações realizadas, o tempo decorrido até o SAMU chegar ao local solicitado, o atendimento dos profissionais, dentre outros... Qual seria uma possível solução para tal problema? E que dessa forma poderia vir melhorar a sua avaliação/satisfação.</p> <p>1. () melhora na comunicação entre o usuário e o serviço</p> <p>2. () melhora na parte financeira para com a instalação do serviço</p> <p>3. () capacitação especializada na área pertinente para os profissionais que atuam no serviço</p> <p>4. () outra:_____.</p>

Apêndice B – Termo de Fiel Depositário

APÊNDICE B – Termo de Fiel Depositário



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Rosa Dantas da Conceição, cargo Coordenadora,
fiel depositário das fichas do Sistema de Informação de registro de ocorrência do serviço móvel de urgência da cidade de Bocaina - Piauí, declaro que o Pesquisador está autorizado a realizar nessa Instituição a pesquisa intitulada "**Qualidade do Atendimento do Serviço Móvel de Urgência da Cidade de Bocaina - Piauí**", sob a responsabilidade do Pesquisador Luís Evêncio da Luz, cujo objetivo geral é Avaliar a Qualidade do Atendimento do Serviço Móvel de Urgência da Cidade de Bocaina no Estado do Piauí.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de:

1. Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
2. Que não haverá riscos para o sujeito de pesquisa.
3. Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
4. Retorno dos benefícios obtidos através deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Bocaina - PI, 16 de Abril de 2015.
Rosa Dantas da Conceição,
Coordenadora de Enfermagem
do SAMU - Bocaina
COREN-PI 11.345

Rosa Dantas da Conceição
(Carimbo e assinatura do responsável)

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.049-550

UF: PI

Município: Teresina

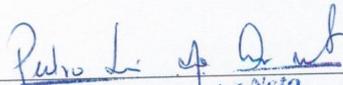
Telefone: (86) 3237-2332 **Fax:** (86) 3237-2332 **email:** cep.ufpi@ufpi.edu

Apêndice C – Carta de Anuência

Apêndice C – Carta de Anuência

Declaro para os devidos fins que autorizo a realização da pesquisa intitulada “Qualidade do Atendimento do Serviço Móvel de Urgência da Cidade de Bocaina-Piauí” pelo acadêmico de enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI Danison Humberto de Sousa Rodrigues, sob a orientação do Prof. Dr Luís Evêncio da Luz. A referida pesquisa será realizada na Rede de Saúde deste município, respeitando as determinações éticas da Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Bocaina do Piauí-PI, 24 de abril de 2015.


Pedro José da Luz Neto
Secretário Municipal de Saúde

Pedro José da Luz Neto

Apeêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Qualidade do Atendimento do Serviço Móvel de Urgência da Cidade de Bocaina - Piauí.

Pesquisador Responsável: Prof. Dr Luís Evêncio da Luz

Instituição/departamento: Universidade Federal do Piauí/ Ciências Biológicas/ Campus Senador Helvídio Nunes de Barros

Telefone para Contato (inclusive a cobrar): (89) 9 88077372 / (89) 9 99850322

Local da coleta de dados: Na sede do SAMU e no Domicílio dos Usuários que Usufruíram do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Você está sendo convidado para participar, como **voluntário (a)** de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma.

- **Nesse Estudo Pretendo Avaliar a Qualidade do Atendimento do Serviço Móvel de Urgência da Cidade de Bocaina - Piauí, Caracterizar o Perfil da População Atendida pelo o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Verificar a Satisfação dos Usuários quanto ao Serviço Prestado, Identificar quais os Principais Agravos à Saúde da População Atendida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.**

Sua colaboração estará trazendo benefícios para o desenvolvimento científico e para a assistência de enfermagem e a sua equipe nos cuidados prestados ao paciente no momento e após atendimento do serviço móvel de urgência. Diante disso, gostaríamos de poder contar com a sua valorosa cooperação, a qual agradeço antecipadamente.

- Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.
- Se você concordar em participar do estudo seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador e a equipe do estudo terão acesso as suas informações para verificar as informações do estudo.
- Você terá todo o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo.
- Entre os riscos que você como participante da pesquisa encontrar-se exposto está o constrangimento por não saber responder as perguntar do formulário e a exposição do mesmo

durante as perguntas, porém este constrangimento será minimizado preservando-se o anonimato do indivíduo e oferecendo local reservado que promova a privacidade dos participantes e confidencialidade das informações.

- Em meio aos benefícios destaca-se a possibilidade dos profissionais e o próprio serviço poderem avaliar a necessidade de oferecer capacitação aos integrantes que compõem o Serviço Móvel de Urgência. Após receberem treinamento, se necessário, os profissionais poderão melhor ofertar os cuidados específicos à população.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa

Eu _____

RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo

“QUALIDADE DO ATENDIMENTO DO SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA DA CIDADE DE BOCAINA - PIAUÍ”. “Fui devidamente esclarecido (a) quanto aos propósitos do estudo, e à garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, bem como a isenção de eventuais despesas por ocasião dessa participação. Concordo voluntariamente em participar do presente estudo, ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem sofrer penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício adquirido ou da assistência recebida neste serviço”.

Bocaina do Piauí, __ / __ / __

Assinatura do Participante

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceitação do sujeito em participar.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

RG _____ CPF _____

Nome: _____

RG _____ CPF _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Bocaina do Piauí, _____ de _____ de 2015

Luís Evêncio da Luz
Pesquisador (a) responsável

Observações complementares

Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Universitário Ministro Petrônio Portella – Bairro Ininga
Centro de convivência L09 e 10 – CEP: 64.049-550 – Teresina – PI
tel.: (86) 3215-5734 – email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
 () Dissertação
 (x) Monografia
 () Artigo

Eu, Darison Humberto de Sousa Rodrigues,
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
 .02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Qualidade do Atendimento do Serviço Móvel
 de Urgência da Cidade de Bocaina - Piauí
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 14 de Março de 2016.

Darison Humberto de Sousa Rodrigues
 Assinatura

Darison Humberto de Sousa Rodrigues
 Assinatura