

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE GESTÃO E ECONOMIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

JÚLIO CESAR NEVES JUNCIONI

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU, EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS -
ESTUDO DE CASO.**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

CURITIBA - PR

2018

JÚLIO CÉSAR NEVES JUNCIONI

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO
MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU, EM SÃO JOSÉ DOS CAMPOS –
ESTUDO DE CASO.**

Monografia apresentada como requisito parcial
à obtenção do título de Especialista em Gestão
Pública Municipal, Modalidade de Ensino a
Distância, da Universidade Tecnológica
Federal do Paraná - UTFPR - Campus Curitiba.

Orientador: Prof. Doutor Anderson Catapan

CURITIBA - PR

2018



Ministério da Educação
Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Especialização em Gestão Pública Municipal



TERMO DE APROVAÇÃO

Avaliação da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em São José dos Campos – Estudo de Caso.

Por

JULIO CESAR NEVES JUNCIONI

Monografia apresentada às 20:00, do dia 7 de agosto de 2018, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista no Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal, Turma , ofertado na modalidade de Ensino a Distância, pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Câmpus Curitiba. O candidato foi arguido pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO.

anderson catapan
UTFPR - Curitiba
(orientador)

Joao Mansano Neto
UTFPR - Curitiba

ANA PAULA MYSZCZUK
UTFPR - Curitiba

DEDICATÓRIA

À minha amada Mãe Telma Maria Neves Pereira Juncioni, um exemplo de vida, ao meu Pai Carlos Juncioni e Irmã Ana Elisa Neves Juncioni e à minha amada esposa Bruna Rodrigues da Silva Juncioni.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer aos meus Pais e irmã, bem como à minha esposa Bruna Rodrigues da Silva Juncioni que esteve ao meu lado na hora dos estudos. A todos os professores e tutores que fizeram mais este passo possível em minha vida. E ao meu orientador pelas revisões e paciência no processo de estruturação desta pesquisa.

RESUMO

JUNCIÓNI, Júlio César Neves. Avaliação da Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em São José dos Campos - Estudo de Caso. 2018. 65 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Centro Federal de Educação Tecnológica do Paraná. Curitiba, 2018

Esta pesquisa apresenta uma abordagem teórico-conceitual sobre a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em São José dos Campos, com foco na estruturação do serviço por consórcio entre municípios da mesma região. Apresenta de forma sintética a legislação envolvida e conceitos inerentes, com base na literatura pertinente e em pesquisa bibliográfica e documental como forma de subsidiar as análises da implantação do serviço. Assim, verificou-se, por meio das atas do Conselho Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Paraíba – CONSAVAP, os desafios e os processos da estruturação do serviço prestado. Inicialmente, pela própria criação do CONSAVAP, pela estrutura física das bases descentralizadas e central de regulação e pela contratação da Organização Social para gerir e operacionalizar o SAMU. Abordou, também, os indicadores de desempenho operacional disponíveis, como forma de avaliação da prestação de serviço. Traz, assim, como resultado do estudo um panorama sobre as iniciativas e dificuldades da implantação do serviço na região.

Palavras-chave: SAMU. Implantação. Indicadores. Serviço de Urgência.

ABSTRACT

JUNCIÓNI, Júlio César Neves. Evaluation of the Implementation of the Mobile Emergency Care Service - SAMU, in São José dos Campos - Case Study. 2018. 65 f. Monograph (Specialization in Municipal Public Management) - Graduate Program in Technology, Federal Center of Technological Education of Paraná. Curitiba, 2018

This research presents a theoretical-conceptual approach on the implementation of the Mobile Emergency Care Service - SAMU, in São José dos Campos, focusing on the structuring of the consortium service between municipalities in the same region. It presents, in a synthetic way, the legislation involved and its inherent concepts, based on the pertinent literature and bibliographical and documentary research as a way of subsidizing the analysis of the implementation of the service. Thus, through the minutes of the Inter-Municipal Health Council of the Alto Vale do Paraíba - CONSAVAP, the challenges and the processes of structuring the service were verified in this research. Initially, by the creation of the CONSAVAP, by the physical structure of the decentralized bases and central regulation and by the hiring of the Social Organization to manage and operationalize the SAMU. It also addressed the available operational performance indicators as a way of evaluating service delivery. It brings, as a result of the study, an overview of the initiatives and difficulties of the implementation of the service in the region.

Palavras-chave: SAMU. Implementation. Indicador. Mobile Emergency Care Service.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Componentes da RUE e suas interfaces	20
Figura 2 - Sub-Região 1	32
Figura 3 - Atendimento Unificado	37
Figura 4 - Configuração de uma base descentralizada	38
Figura 5 - Distribuição Territorial de São José dos Campos	39
Figura 6 - Análise das Atas do CONSAVAP	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Óbitos e taxa bruta de mortalidade, segundo principais capítulos da CID 10. Estado de São Paulo, 2000 e 2014.....	23
---	----

LISTA DE SIGLAS

CE: Causas Externas

CID: Classificação Internacional de Doença

CONSAVAP: Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Paraíba

GAIS: Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde

LDO: Lei de Diretrizes Orçamentárias

LOA: Lei Orçamentária Anual

OMS: Organização Mundial de Saúde

PPA: Plano Plurianual

RUE: Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAMU: Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

SPDM: Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina

STN: Secretaria do Tesouro Nacional

SUS: Sistema Único de Saúde

TCE: Tribunal de Contas do Estado

USA: Unidades de Suporte Avançado

USB: Unidades de Suporte Básico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Tema	14
1.1.1	Contribuição Prática:	15
1.1.2	Contribuição Teórica:	15
1.2	Problema	15
1.3	Justificativa	16
1.4	Objetivos	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
2.1	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU	18
2.1	- Revisão da Literatura	23
3	METODOLOGIA.....	28
3.1	Caracterizações da Pesquisa.....	28
3.1.1	Quanto à abordagem	28
3.1.2	Quanto aos Objetivos.	28
3.1.3	Quanto aos Procedimentos:	29
3.2	Delineamento Metodológico	30
3.3	Amostra da Pesquisa	31
3.3.1	Panorama da Implantação do SAMU, em São José dos Campos.	31
3.3.2	- Criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Paraíba - CONSAVAP	33
3.3.3	A Regionalização do SAMU	34
3.3.4	Transição entre modalidades e estrutura do SAMU.....	35
3.3.5	Central de Regulação.....	36
3.3.6	Bases Descentralizadas	37
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	40
4.1	Organização do CONSAVAP	41
4.2	Organização do SAMU.....	43
4.2.1	Informações Gerais sobre a Implantação do SAMU	43
4.2.2	Construção/ Reforma das Bases Descentralizadas e da Central de Regulação	46
4.2.3	Contratação da Organização Social.....	49

4.3 Fiscalização do Tribunal de Contas	52
4.4 Indicadores de Desempenho Operacional	53
4.5 Particularidades do Modelo do SAMU.....	57
4.5.1 Problemas Encontrados.	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS.....	63

1 INTRODUÇÃO

O Vale do Paraíba, bem como a cidade de São José dos Campos, tem aumentado em grau de importância, pelo movimento industrial, comercial etc. Isso tem gerado uma grande acumulação populacional na região, que tem acesso fácil para São Paulo e Rio de Janeiro. Maior população gera impactos nos serviços de saúde da região, principalmente nos serviços de atendimento à urgência.

Nesse contexto, em 2014, foi implantado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em São José dos Campos, que em consórcio com Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa, atende as cidades do Alto Vale do Paraíba. Este serviço se torna crucial e humanitário já que reduz o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce, muitas vezes, ocasionados por diversos tipos de acidentes, violência urbana e problemas neurológicos/psicológicos que demandam muita atenção da área de urgência e emergência, que compõe a área de assistência à saúde.

Para amenizar e dar suporte àqueles tipos de problema de saúde pública, o Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde tem apostado na regionalização do SAMU para estruturar o serviço nas diversas regiões do País, já que municípios maiores poderiam dar suporte técnico e operacional para os municípios menores.

A legislação tem apreciado isso, por meio da Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Vida e que estabelece a regionalização como uma das diretrizes para a gestão dos sistemas de saúde e na Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Nesta última portaria é orientado que o componente SAMU 192 será regionalizado, a fim de ampliar o acesso às populações dos Municípios em todo o território nacional, por meio de diretrizes e parâmetros técnicos e que cada região terá um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, nos termos definidos em ato do Ministro de Estado da Saúde.

Esse panorama tem justificado iniciativas e investimentos do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios visando

estruturar, organizar, assegurar e qualificar a atenção às urgências e emergências. (MATO GROSSO, 2011, p17). Nesse contexto, o Ministério da Saúde investiu 3 milhões na Região do Vale do Paraíba para a implantação do serviço com expectativa de que mais de 1 milhão de pessoas sejam atendidas.

Nesse sentido, este trabalho traz uma reflexão sobre o processo de implantação do SAMU, em São Jose dos Campos, identificando os desafios e sucessos da estruturação do serviço prestado à população. Sendo a princípio, a metodologia aplicada com base em pesquisa bibliográfica em fontes externas para a busca de artigos relevantes e notícias sobre a implantação do serviço e também classificada como documental já que se baseia em atas das reuniões do Conselho Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Paraíba - CONSAVAP, com proposição de um estudo de caso, utilizando dados de acesso público.

1.1 Tema

O tema escolhido traz como reflexão o impacto social, pois medidas na área da saúde tendem, quando bem implementadas, gerar um impacto rápido e positivo, que é percebido pela população local. Por outro lado, o serviço ainda não possui cobertura total no Brasil, e as dificuldades regionais interferem na própria disposição do serviço. Nesse ponto, alguns pesquisadores têm se interessado pelo tema, mas que ainda, por ser de certa forma recente, carece de mais estudos para sanar brechas na própria literatura e servir como fontes de comparação, já que o serviço, apesar de ser normatizado por legislação Federal, é de certa forma desigual nas soluções encontradas por cada região de acordo com suas peculiaridades estruturais. Diante disso, este trabalho pode contribuir de forma prática e teórica, como descritas, a seguir:

1.1.1 Contribuição Prática:

A contribuição prática seria analisar como o serviço atribuído ao SAMU foi implantado e estruturado e como isso levou a melhoras no atendimento à comunidade, por ser um serviço recentemente disponibilizado no Vale do Paraíba.

1.1.2 Contribuição Teórica:

Em termos teóricos, contribui por avançar com a Literatura, em trabalhos que analisam o papel de Gestão da Implantação do SAMU, a se considerar o início dos serviços a partir de 2003, ano da publicação da Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003 e da legislação revisada pela Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

Assim, pela recentidade do tema, considerando a publicação daquela portaria em 2003 e a nova legislação de 2012, todo o processo de implantação do SAMU pode gerar dúvidas sobre os desafios, problemas e oportunidades desse serviço. Apesar de sua importância, o serviço não atingiu igualmente todos os municípios, por falta principalmente de recursos, já que as disparidades entre níveis de desenvolvimento regionais no País são gigantescas. Sendo assim, a compreensão e análise da implantação do serviço no Vale do Paraíba, particularmente em São José dos Campos, a partir de 2014, contribui para o entendimento da estruturação e prestação do serviço, das demandas da sociedade, da qualidade do serviço prestado e ainda ajuda a dar visibilidade e apoio aos órgãos estruturantes da gestão pública municipal e também como forma de controle social.

1.2 Problema

A pergunta de pesquisa é delimitada, como sendo “Como foi estruturado o processo de Implantação do SAMU, no município de São José dos Campos?”.

1.3 Justificativa

Os serviços de saúde no Brasil ainda são pouco estruturados, deficitários e restritos, o tema por si só já é relevante, porém cabe ao pesquisador identificar as dificuldades e os sucessos da implantação deste tipo de serviço. Ainda, é muito importante dar visibilidade aos problemas quando estão para serem resolvidos ou por soluções que possam ser replicadas em outros contextos.

Dessa forma, compreender a implantação do SAMU, na região de São José dos Campos, pode trazer benefícios para as próximas fases de expansão do serviço na região ou em outras regiões, que ainda necessitam de auxílio para a prestação deste serviço, como dito, o serviço ainda não foi integralmente disponibilizado no País. Também, a literatura ainda carece de mais discussão neste assunto, poucos autores tratam da temática e as desigualdades regionais podem trazer desigualdades na prestação de serviço. Isso é uma oportunidade para se relacionar os pontos fortes e fracos da própria implantação do serviço e o conhecimento gerado por si só, já se justifica o interesse pelo tema.

1.4 Objetivos

Tendo como objetivo geral:

1. Compreender a implantação do SAMU e analisar os resultados iniciais da prestação do serviço no Município de São José dos Campos.

Objetivos específicos:

- 1 Compreender a estrutura do serviço prestado no Município.
- 2 Compreender como o serviço está organizado e se possui parcerias com outros entes públicos e de que forma isso é gerenciado.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos. O segundo capítulo aborda as especificidades e legislação sobre o tema e a organização do serviço no município de São José dos Campos, elucidando os principais conceitos e definições sobre o tema da Implantação do SAMU no Brasil. O terceiro capítulo retoma e mostra de forma

ampliada os passos da metodologia aplicada no contexto desta pesquisa. Apresenta também a classificação da pesquisa, de acordo com a abordagem, com os objetivos e com os procedimentos. O quarto capítulo apresenta e discute os resultados desta pesquisa, com a análise dos passos da metodologia aplicada, no que se refere a pesquisa bibliográfica e documental, com a análise da atas do CONSAVAP, bem como com a análise dos indicadores de desempenho operacional, posterior a implantação do serviço no Município de São José dos Campos e o quinto capítulo trata especificadamente da conclusão deste trabalho, respondendo a questão de pesquisa, seus objetivos gerais e específicos, apresentado as limitações e indicando possíveis trabalhos futuros coerentes com o tema abordado nesta pesquisa.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão abordados os principais conceitos e definições sobre o tema da Implantação do SAMU no Brasil. Nesse sentido, buscaram-se referências na literatura atual, bem como artigos considerados relevantes, utilizando o Google Acadêmico. Por outro lado, este trabalho entra muitas vezes na Legislação Federal para compreender definições, requisitos e estratégias de habilitação do serviço prestado.

2.1 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

Inicia-se o tópico por trazer a reflexão sobre a funcionalidade do serviço prestado pelo SAMU, sua legislação principal, a configuração deste serviço na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS),

Atualmente, o SAMU possui 185 Centrais de Regulação de Urgências com cobertura de 149,9 milhões de habitantes em 2.921 municípios de todo o país. São 3.181 ambulâncias realizando atendimento, entre unidades de suporte básico, suporte avançado, motolâncias, equipes de embarcação e aeromédicas. No Estado de São Paulo, a cobertura populacional do SAMU é de 80,4%, com o atendimento de 624 ambulâncias. (Blog da Saúde/ MS, 2014)

Com o SAMU, o Governo Federal está reduzindo o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce. O serviço funciona 24 horas por dia com equipes de profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e condutores que atendem às urgências de natureza traumática, clínica, pediátrica, cirúrgica, ginecológica e obstétrica e de saúde mental da população. (Blog da Saúde/ MS, 2014).

Nesse sentido, a área de urgência e emergência constitui um importante componente da assistência à saúde. O aumento do número de acidentes, da violência urbana e insuficiente estruturação da rede são fatores que têm contribuído para a sobrecarga desses serviços disponibilizados para o atendimento da população brasileira. (MATO GROSSO, 2011, p17)

Esse panorama tem justificado iniciativas e investimentos do Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios visando

estruturar, organizar, assegurar e qualificar a atenção às urgências e emergências. (MATO GROSSO, 2011, p17)

Nesse sentido foram implementadas: a Portaria GM/MS 2048, de 05 de novembro de 2002, que institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgências e determina em seu artigo 3º a organização de redes loco regionais de atenção integral às urgências, enquanto elos de cadeia de manutenção da vida, tecendo-as em seus diversos componentes: Pré-Hospitalar Fixo, Pré-Hospitalar Móvel, Hospitalar e Pós-Hospitalar.

Assim como, a Portaria GM/MS 1.864, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente Pré-Hospitalar Móvel, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e os serviços associados de salvamento e resgate, em todo o território nacional, suas Centrais de Regulação Médicas e com número único nacional para urgências médicas – 192 (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgências.

Logo, em 2004, por meio do decreto presidencial nº 5.055, de 27 de abril de 2004, foi instituído o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em municípios e regiões do território nacional. Neste decreto, além da instituição do SAMU, estabeleceu-se nacionalmente o acesso ao atendimento pelo número único 192, vinculado às centrais de regulação, bem como orientou os municípios interessados sobre a forma de adesão ao convênio. No referido decreto ainda é informado que a instituição do SAMU visa “a implementação de ações com maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde de caráter emergencial e urgente”.

Entretanto, a normatização do SAMU, somente veio em 2012, com a publicação da Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012 (BRASIL, 2013). Em 2013, o Ministério da Saúde pública o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste manual é descrito o SAMU, como componente da rede de atenção às urgências e emergências (RUE). Está rede tem atenção prioritária dentre as redes temáticas prioritárias da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) e se sobressai por ter em vista a relevância e premência das situações clínicas envolvidas, além do atual contexto de superlotação dos prontos-socorros. (BRASIL, 2013)

A RUE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos

de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. (BRASIL, 2013)

Na figura 1, a seguir, nota-se o enquadramento do SAMU como componente da RUE e como sendo uma das ferramentas da atenção básica que tem com “objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo, a responsabilização e o primeiro atendimento às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento dos pacientes a outros pontos de atenção, quando necessário, mediante implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades”. (BRASIL, 2013)

Figura 1 - Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: SAS/MS (2011)

Dessa forma, na Portaria n. 1.010, de 21 de maio de 2012, que redefiniu as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências, temos três definições que nortearão a pesquisa deste trabalho, relatadas a seguir, constantes de seu Art. 2.

I - SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte,

mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências;

II - Central de Regulação das Urgências: estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção;

III - Base Descentralizada: infraestrutura que garante tempo-resposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da (s) ambulância (s);

A primeira definição clarifica o objetivo e o serviço prestado pelo SAMU. A Central de Regulação seria o elo entre o usuário e o serviço prestado, por meio do médico regulador. Na central é recebida a ligação pelo número 192 e definido a melhor forma de atendimento pelo médico regulador, repassando, conforme o caso, as informações as unidades móveis,

Segundo BRASIL (2012), as Unidades Móveis para atendimento de urgência podem ser das seguintes espécies:

I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;

II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;

III - Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;

IV - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;

V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e

VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.

Todo este aparato, relativo às unidades móveis, servem para priorizar a atenção dada à RUE, consequentemente fortalecendo o SAMU. AS RUE crescem em atenção já que acidentes relacionados a causas externas (acidentes e violências) têm se tornado mais comum no panorama brasileiro:

As causas externas têm sido um crescente e importante problema na saúde pública e implicam diretamente a assistência prestada pelos pontos de atenção da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) – Saúde Toda Hora, sendo um desafio incorporar as ações de vigilância, prevenção e promoção nesta rede. As violências interpessoais e as lesões decorrentes de acidentes, particularmente aquelas causadas no trânsito, se colocam como prioridade na RUE para além da atenção à vítima, mas também na incorporação de práticas cuidadoras que tenham como eixos a integralidade do cuidado e a humanização da atenção. As causas externas – acidentes e violências – correspondem à terceira causa de óbito na população geral brasileira, após as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias. (BRASIL, 2013)

Segundo Corassa et al (2017), as “Causas Externas de Morbidade e Mortalidade” são definidas por traumas, lesões e quaisquer agravos de saúde, deliberados ou não, de início súbito e como consequência imediata de violência, envenenamento ou quaisquer outras causas exógenas. As causas externas (CE) estão entre as principais causas de morte no mundo. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), acidentes e violências são responsáveis por mais de 5 milhões de mortes anuais, representando cerca de 9% da mortalidade global. Estima-se que 16% dessas mortes resultem de suicídios, 10%, de homicídios, 24%, de acidentes de trânsito, 14%, de quedas, com o restante distribuído entre outras causas. Indivíduos jovens, entre 15 e 29 anos, são os mais afetados, com acidentes de trânsito, suicídios e homicídios, figurando entre as cinco maiores causas de morte nesse grupo etário. Entre idosos, as quedas representam a principal causa de morte acidental.

No Estado de São Paulo, segundo informativo do Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde (GAIS), da Secretaria de Estado da Saúde, apesar de reduções significativas nos últimos anos, “as causas externas passaram a ser o quarto grupo mais frequente representando 8,8% do total de óbitos”, conforme apresenta a Tabela 1.

Tabela 1 - Óbitos e taxa bruta de mortalidade, segundo principais capítulos da CID 10. Estado de São Paulo, 2000 e 2014

Capítulo CID-10	2000			2014			Variação % 2014 - 2000	
	Óbitos	%	Taxa	Óbitos	%	Taxa	óbitos	taxa
IX. Doenças do aparelho circulatório	72.692	30,4	196,3	82.459	29,4	193,2	13,4	-1,6
II. Neoplasias (tumores)	35.511	14,9	95,9	50.857	18,1	119,2	43,2	24,3
X. Doenças do aparelho respiratório	25.065	10,5	67,7	37.828	13,5	88,6	50,9	31,0
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	33.896	14,2	91,5	24.808	8,8	58,1	-26,8	-36,5
XI. Doenças do aparelho digestivo	13.100	5,5	35,4	16.118	5,7	37,8	23,0	6,8
XVIII. Sint. sinais e achad anorm ex clín e laborat.	15.725	6,6	42,5	14.032	5,0	32,9	-10,8	-22,6
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	11.288	4,7	30,5	13.297	4,7	31,2	17,8	2,2
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	11.127	4,7	30,0	10.362	3,7	24,3	-6,9	-19,2
VI. Doenças do sistema nervoso	3.426	1,4	9,3	9.165	3,3	21,5	167,5	132,2
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	3.826	1,6	10,3	8.926	3,2	20,9	133,3	102,5
Todos os demais	13.303	5,6	35,9	12.843	4,6	30,1	-3,5	-16,2
Total	238.959	100,0	645,3	280.695	100,0	657,8	17,5	1,9

Fonte: SIM/DATASUS/MS e SIM/SES/SP. * óbitos de residentes por 100 mil habitantes, GAIS (2016)

Essas causas justificam o interesse da implantação de serviços de urgência por parte dos órgãos públicos. Nesse contexto também há outros pesquisadores, porém num grupo mais restrito, escrevendo sobre os dilemas da implantação deste serviço e estão relacionados no subtópico seguinte que trata especificadamente da revisão da Literatura.

2.1 - Revisão da Literatura

Para a fundamentação teórica do trabalho se destacam os estudos de Minayo e Deslandes (2008), Machado, Salvador e O'dwyer (2011), O'dwyer et al. (2016), Silvestre (2016) e O'dwyer et al. (2017) que obtiveram grande representatividade nas buscas, quanto ao enfoque da implantação do serviço prestado pelo SAMU. Notam-se as diferenças entre os tipos de implantação, levando-se muito em conta os fatores de cada Região/Estado. Estes motivos podem ser considerados brechas na literatura, o que serve para que novas pesquisas apresentem mais informações sobre o tema, este é o intuito deste presente trabalho.

A revisão da literatura compõe uma das principais entregas deste trabalho, já que apresenta de forma sintética um pouco da complexidade de implantação do SAMU, no cenário Nacional. A prestação do Serviço do SAMU, apesar da legislação específica que elucida as suas bases de implantação e habilitação, enfrenta diversas dificuldades locais, tais como: formas de financiamento, integração com o serviço anterior de prestação de socorro à urgência, vontade política, falta de recursos humanos e de leitos nos principais hospitais de referência. No entanto, apesar das dificuldades, o serviço no geral é benéfico à população e dever ser ampliado e melhorado.

Sendo assim, agora, pode-se explorar o universo da Revisão de Literatura por Minayo e Deslandes (2008) que apresentaram “uma descrição e análise da implantação e da implementação de um sistema de atendimento pré-hospitalar móvel (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU) ”.

Minayo e Deslandes (2008) estudaram “os serviços de atendimento pré-hospitalar móvel (SAMU de Curitiba, Recife, Brasília, Rio de Janeiro; Grupamento de Socorro de Emergência - GSE do Rio de Janeiro; SOS e SAMU de Manaus) na sua história, processo de implantação, organização, recursos humanos, materiais e equipamentos”.

Dessa forma, de acordo com Minayo e Deslandes (2008), “a implantação do SAMU nas capitais estudadas vem sendo considerada muito positiva, sobretudo quando se considera que o resgate móvel não dispunha de centrais médicas de regulação e de atendimento médico nas ambulâncias, como é o caso de Manaus”. Complementam ainda que “a articulação do pré-hospitalar móvel com as demais unidades de saúde por intermédio da central de regulação também é um ponto positivo nas capitais. Todavia, no Rio de Janeiro, os gestores assinalaram que existem sérios entraves para a obtenção de vagas nos hospitais da rede”.

Em resumo, segundo Minayo e Deslandes (2008) “a falta de vagas nos hospitais agrava a baixa articulação entre os setores de atendimento pré-hospitalar e hospitalar, o que também foi assinalado pelos gestores de Brasília e Curitiba”. Os autores ainda salientaram que “a necessidade de todos os tipos de ambulância para a estruturação do SAMU, o que vem sendo cumprido apenas pelo Rio de Janeiro. Sobre a formação de Recursos Humanos especializados, apenas Brasília, estaria com descuido neste item”.

Machado, Salvador e O'dwyer (2011) “analisaram a conformação da política de atenção móvel às urgências no Brasil, com relação à formulação e à implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Brasil na década de 2000”.

Segundo Machado, Salvador e O'dwyer (2011), “o SAMU teve prioridade na agenda federal a partir de 2003. Nos primeiros anos de implantação predominaram serviços de abrangência municipal; em 2008, os de abrangência regional tornaram-se mais relevantes”.

Os autores também apontam que “a cobertura estimada alcançou 53,9% da população em 2009, residente em 20,5% dos municípios brasileiros. A implantação variou entre os Estados e houve menos ambulâncias de suporte avançado do que o recomendado, tanto no conjunto do País como em vários Estados”.

Machado, Salvador e O'dwyer (2011) concluíram que “a implantação da política compreende desafios como a realização de investimentos adequados, inserção do serviço em uma rede articulada de atendimento de urgência, conformação de sistemas de informações apropriados, capacitação dos profissionais. O enfrentamento desses desafios permitirá que o SAMU se configure como uma estratégia estruturante da atenção à saúde”.

O'dwyer et al. (2016) analisaram “a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no estado do Rio de Janeiro”. A metodologia dos autores “envolveu análise documental, visitas a seis Centrais de Regulação do SAMU e realização de entrevistas semiestruturadas com 12 gestores estaduais e locais da área de urgências”.

O'dwyer et al. (2016) apontam que “observaram-se conflitos intergovernamentais entre estado e municípios e entre municípios. Apesar da insuficiência de leitos, os SAMU do interior do estado estavam mais articulados à rede de atenção às urgências do que os metropolitanos. Os comitês gestores eram pouco ativos e a atuação do estado frágil no financiamento, na gestão e no monitoramento”.

O'dwyer et al. (2016) concluíram que “o processo de implantação dos SAMU no estado foi marcado por tensões políticas e fragilidades de gestão e coordenação. Em consequência, persistem sérios limites na articulação dos SAMU com os demais serviços e na regionalização da atenção às urgências no estado do Rio de Janeiro”.

Silvestre (2016) avaliou “a estrutura organizacional do SAMU de um município da região sul do Brasil, com ênfase nos aspectos humanos, materiais, tecnológicos, de informação e normativos relacionados ao modelo de gestão”.

Os resultados de Silvestre (2016) relativos aos recursos humanos evidenciaram: “equipes completas; jornada de trabalho adequada para a enfermagem e condutores, mas inadequada para os médicos contratados; taxa de rotatividade baixa, considerando que a maioria dos profissionais são funcionários estatutários; taxa de absenteísmo adequada, com afastamentos para tratamento de saúde; taxa de educação permanente adequada, sendo atividade essencial para a qualificação do atendimento. Os recursos materiais apresentaram-se adequados, atingindo 94,8% do previsto pela legislação”.

Silvestre (2016) apontou que se evidenciava “a necessidade de melhorias na comunicação entre as viaturas de atendimento e a Central de Regulação Médica de Urgências, elemento fundamental e ordenador da Rede de Atenção à Saúde; assim como a carência de meios de comunicação mais eficazes entre a base e as viaturas nos atendimentos em zona rural”.

O’dwyer et al. (2017) analisou “o processo de implantação da urgência pré-hospitalar móvel no Brasil. Os métodos incluíram análise documental, entrevistas com coordenadores estaduais de urgência e um painel de especialistas. Utilizou-se o referencial teórico da análise da conduta estratégica da Teoria da Estruturação de Giddens”.

Segundo O’dwyer et al. (2017) “os resultados evidenciaram uma implantação do SAMU desigual entre estados e regiões, identificando seis padrões de implantação considerando-se a capacidade dos estados de expandir a cobertura populacional e de regionalizar. As dificuldades estruturais incluíram a fixação de médicos, centrais de regulação mal equipadas e escassez de ambulâncias”.

Ainda, segundo estes mesmos autores “o Norte e Nordeste foram as regiões mais atingidas. O SAMU está configurado como estratégia estruturante da rede de urgências, mas seu desempenho sofreu o impacto da pouca participação da atenção primária na rede de urgências e principalmente da falta de leitos hospitalares”.

Dessa forma, a revisão da Literatura teve como fundamento apresentar os principais autores do tema proposto, auxiliar na compreensão dos processos de

implantação do SAMU, segundo sua localidade, perspectivas, desafios e oportunidades para a prestação do serviço.

3 METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentada a caracterização da pesquisa e suas abordagens e após delineamento metodológico e amostra da pesquisa.

3.1 Caracterizações da Pesquisa

Para atingir os objetivos deste trabalho, teceram-se os seguintes comentários sobre a classificação da pesquisa, de acordo com a abordagem, com objetivos e com os procedimentos.

3.1.1 Quanto à abordagem

Neste quesito, o trabalho foi classificado majoritariamente como sendo uma pesquisa qualitativa, já que se objetivou não se preocupar com a representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. (Goldenberg, 1997, p. 34). Este tipo de pesquisa pode ser mais claramente conceituado de acordo com Minayo (2008) que informa que neste tipo de pesquisa o importante é a objetivação, pois durante a investigação científica é preciso reconhecer a complexidade do objeto de estudo, rever criticamente as teorias sobre o tema, estabelecer conceitos e teorias relevantes, usar técnicas de coleta de dados adequadas e, por fim, analisar todo o material de forma específica e contextualizada.

Dessa forma, em uma análise qualitativa a observação seria mais intensa, obtendo dados que possam ser descritos de forma a estruturar a situação de acordo com o tipo de problema que se queira representar.

3.1.2 Quanto aos Objetivos.

Este trabalho pode ser classificado como sendo uma pesquisa exploratória, quanto aos objetivos, já que se propôs conhecer o problema em si e pautar-se por levantamento bibliográfico, em sua metodologia. Gil (2008), avança na explicação deste tipo de pesquisa.

Pesquisa Exploratória: proporcionar maior familiaridade com o problema (explicitá-lo). Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso. (Gil,2008)

3.1.3 Quanto aos Procedimentos:

Esta pesquisa trata-se essencialmente de uma pesquisa bibliográfica e documental, em seu procedimento. Bibliográfica, pois faz uso de livros, artigos e textos com conteúdo já publicado. Pode-se destacar o entendimento propostos por Severino (2007, p. 122), sobre o assunto.

A pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registrados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos texto. Severino (2007, p. 122):

Por outro lado, este trabalho teve um empenho em ser respaldado também pela pesquisa bibliográfica documental, já que se utilizou de atas das reuniões do CONSAVAP e outros informativos disponíveis para obter uma análise crítica sobre o estudo. Santos (2000) descreve com mais ênfase o conceito de pesquisa documental.

A pesquisa documental é realizada em fontes como tabelas estatísticas, cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza – pintura, escultura, desenho, etc.), notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos (Santos, 2000).

3.2 Delineamento Metodológico

A metodologia utilizada na elaboração deste trabalho se dará de forma de pesquisa qualitativa, exploratória, bibliográfica e documental sobre o tema proposto.

Primeiramente, neste trabalho foi implementada a busca de informações disponíveis nos principais sites referentes à área de Saúde e artigos da literatura coerentes com o tema. Buscou-se também, aliar-se a isso, o entendimento da legislação vigente sobre o SAMU e a legislação, estatuto e regimento do CONSAVAP.

Em um segundo momento, buscou-se por meio de e-mail e telefonemas contato com o CONSAVAP para a obtenção de dados e aplicação de formulários com os integrantes do próprio Conselho e após, requerido formalmente com a Prefeitura Municipal de São José dos Campos, por meio da Secretaria de Saúde. Porém, não foram repassadas as informações que seriam uteis para avaliar os indicadores operacionais e a forma de estruturação do serviço, com um olhar mais interno ao processo.

Com isso, a orientação do trabalho foi buscar dados disponíveis online nos sites do próprio CONSAVAP e da Prefeitura de São José dos Campos. Dados e notícias nestes sites apresentavam uma boa forma de entender o a implantação do serviço na região. Complementando-se a isso, uma busca nos principais sites de notícias da região também foi feita, já que apresentavam muitas informações repassadas pelos órgãos de imprensa municipal.

Com o aprofundamento do conhecimento, uma forma de entender o processo de implantação do SAMU regional em São José dos Campos foi utilizar as atas de reuniões do CONSAVAP. Estas atas são muito importantes, pois mostram e remontam a estruturação do próprio conselho, dos seus órgãos internos, bem como seus membros em assembleia são compostos por membros-prefeitos. Muitos assuntos ali tratados mostram as dificuldades do gerenciamento da implantação e também a benesse do próprio processo. Também há assuntos sobre a contratação da Organização Social, no caso a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina - SPDM, que foi encarregada, após seleção por gerenciar o SAMU na região e assuntos relacionados a fiscalização e auditoria do Tribunal de Contas do Estado - TCE.

Dessa forma, os assuntos constantes das atas foram organizados e apresentados no Capítulo 4, que trata especificadamente dos resultados deste trabalho.

3.3 Amostra da Pesquisa

A fim de embasar o entendimento deste tópico, será apresentado o panorama de implantação do SAMU, na região de São José dos Campos e suas peculiaridades e estruturação de sua região metropolitana.

3.3.1 Panorama da Implantação do SAMU, em São José dos Campos.

O Blog da Saúde, informativo do Ministério da Saúde, de 2014, apresentava a notícia sobre a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 no município de São José dos Campos, em que sediaria a Central Regional de Regulação de Urgências, sendo as cidades beneficiadas, além de São José dos Campos, as cidades de Jacareí, Caçapava, Igaratá, Jambuí, Monteiro Lobato, Paraibuna e Santa Branca.

Para a implantação do serviço, o Ministério da Saúde investiu R\$ 3 milhões na compra de 20 ambulâncias – 17 Unidades de Suporte Básico (USB) e 3 Unidades de Suporte Avançado (USA) - que atenderão a população da região localizada no Vale do Paraíba, uma das mais importantes do estado. A expectativa é que mais de um milhão de pessoas sejam atendidas. (Blog da Saúde/MS, 2014)

Arthur Chioro, ministro da Saúde, lembrou-se da importância da chegada do SAMU na região. “Muitas pessoas que antes não conseguiam ser salvas passam a contar com o atendimento de urgência nos momentos críticos e conseguem ser estabilizadas e encaminhadas para os serviços de saúde. A Central Regional de Regulação de Urgência tem o papel fundamental que é o de integrar os atendimentos”, finalizou o ministro. (Blog da Saúde/MS, 2014)

Toda essa preocupação é devida, já que as cidades beneficiadas compõem a Sub-Região 1, da Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte. (Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambuí, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos), grande eixo populacional do Estado de São Paulo, cujo

Quadro 1 - Indicadores da Sub-Região 1

Municípios	Área (km ²)	População	Densidade Demográfica 2017	PIB 2015
Sub-Região 1		2017	(hab/km ²)	(mil reais)
Caçapava	368,99	92.587	250,92	R\$ 3.547.469,00
Igaratá	292,95	9.443	32,23	R\$ 164.329,00
Jacareí	464,27	229.851	495,08	R\$ 10.665.066,00
Jambeiro	184,41	6.305	34,19	R\$ 275.824,00
Monteiro Lobato	332,74	4.549	13,67	R\$ 54.277,00
Paraibuna	809,58	18.206	22,49	R\$ 254.493,00
Santa Branca	272,24	14.667	53,88	R\$ 244.065,00
São José dos Campos	1099,41	703.219	639,63	R\$ 36.398.100,00
Total Sub-Região 1	3824,59	1.078.827	282,08	R\$ 51.603.623,00

Fonte: Adaptado pelo Pesquisador, dados de Emplasa (2018)

Ainda, voltando ao quadro 1, pode-se verificar que a Sub-Região 1, possui uma área total de 3824,59 km², com população de 1.078.827 habitantes, com densidade demográfica de 282,08 hab/km² e um PIB de 2015 de R\$ 51.603.623,00.

3.3.2 - Criação do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Paraíba - CONSAVAP

Dada a devida importância a estes municípios constantes da Sub-Região 1, foi fundado em 2014, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Vale do Paraíba – CONSAVAP que é uma associação constituída sob a forma de pessoa jurídica de direito público que integra a administração indireta dos municípios de Caçapava, Igaratá, Jacareí, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos.

O CONSAVAP tem por objetivo principal promover o desenvolvimento integral da saúde na região do Alto Vale do Paraíba, com melhoria das ações e serviços públicos de saúde, de forma sustentável e com equidade social, articulando as ações públicas federais, estaduais e municipais, com apoio nas organizações da sociedade civil e na iniciativa privada.

O CONSAVAP, representando os municípios participantes do SAMU 192 do Alto Vale, conforme projeto aprovado pelo Ministério da Saúde, realizou o processo

de licitação pública aberto às Organizações Sociais interessadas em assumir a gestão, operacionalização e execução das ações do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Alto Vale do Paraíba. A licitação foi vencida pela Organização Social Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina – SPDM, e as atividades do SAMU 192 Regional do Alto Vale se iniciaram em novembro de 2015 nos municípios de São José dos Campos, Jacareí, Caçapava e Jambuí. Os demais municípios participantes, Igaratá, Paraibuna e Santa Branca ainda aguardam o envio das suas viaturas pelo Ministério da Saúde para iniciar o serviço em seus territórios.

Para a gestão, operacionalização e execução das ações do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do Alto Vale do Paraíba foi celebrado contrato entre o CONSAVAP e a SPDM. Este contrato, disponibilizado público no sítio da CONSAVAP, tem por objeto estabelecer o compromisso entre as partes para o gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde na área de atendimento pré-hospitalar móvel e regulação médica das urgências, no serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, nos municípios de Caçapava, Igaratá, Jambuí, Jacareí, Paraibuna, Santa Branca e São José dos Campos, com a pactuação de metas e indicadores de qualidade e resultado, assegurando assistência universal e gratuita aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, em conformidade com o programa de trabalho apresentado pela Organização Social na oportunidade do processo de seleção.

Sendo assim, o presente trabalho tem por escopo analisar os primeiros anos de implantação do SAMU 192, principalmente com foco no Município de São José dos Campos e nos indicadores de qualidade e resultado gerados e continuados a partir deste processo. Nesse sentido, o próximo tópico trata da regionalização do SAMU.

3.3.3 A Regionalização do SAMU

O SAMU de São José dos Campos se organiza em base regional de acordo com os artigos 7º e 8º da Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Tais artigos informam que o SAMU será regionalizado, a fim de ampliar o acesso às populações dos Municípios em todo o território nacional e que a regionalização é pré-requisito para análise do componente SAMU 192 do Plano de Ação Regional. A importância da regionalização é a inclusão dos municípios menores que às vezes possuem

dificuldades na estruturação do serviço, sendo os municípios maiores propulsores da implantação do serviço.

Outras cidades também participarão da implantação, segundo a regionalização do serviço, segundo Angelo (2014) “a cidade de Jacareí contará com quatro ambulâncias, Caçapava terá dois veículos e os municípios de Igaratá, Jambeiro, Monteiro Lobato, Paraibuna e Santa Branca contarão com uma ambulância cada”. Estas cidades que são integrantes do consócio irão implantar o sistema gradualmente, à medida que concluírem a infraestrutura necessária.

3.3.4 Transição entre modalidades e estrutura do SAMU

Antes da implantação do SAMU, em São José dos Campos, o município contava com um programa chamado Resgate Saúde, do Corpo de Bombeiros, para prestar atendimento pré-hospitalar aos seus habitantes que contava com apenas uma viatura de suporte avançado e duas de suporte básico. (SPDM, 2015).

Com a entrada do SAMU, aqueles números mudariam, São José dos Campos contaria com 2 unidades de suporte avançado e 7 unidades de suporte básico. Assim, para a prestação do serviço, cada configuração de ambulância teria uma equipe específica. As ambulâncias de suporte avançado possuem equipes de três profissionais: o médico, o técnico em enfermagem e o motorista. Numa comparação simplista, ela seria como uma UTI móvel com capacidade para realizar até uma intervenção cirúrgica emergencial. (Prefeitura Municipal de São José dos Campos, 2014)

As outras sete ambulâncias são tripuladas pelo motorista e pelo técnico de enfermagem. No total, atuam no SAMU 32 médicos, 10 enfermeiros, 41 técnicos em enfermagem e 36 motoristas. (Prefeitura Municipal de São José dos Campos, 2014)

Dessa forma, com o SAMU, São José dos Campos conseguiria oferecer 1200 atendimentos a mais, em média, já que o Corpo de Bombeiros ainda participaria na prestação do serviço.

3.3.5 Central de Regulação

Outro ponto a ser considerado como relevante nesta análise é a estruturação da Central de Regulação. Para a coordenação dos serviços de atendimento do consórcio, São José dos Campos conta com uma Central de Regulação com o auxílio do Centro de Operações Integradas (COI) para que as equipes médicas possam acompanhar acidentes através do sistema de segurança (G1, 2014). Segundo Beni (2015), esta integração tornaria o SAMU de São José dos Campos, como sendo uma referência no Estado de São Paulo. O mesmo autor informa que o COI, conta com 491 câmeras digitais instaladas por toda a cidade. Dessa forma, segundo o autor, as equipes de emergência conseguiriam ver as imagens do local do acidente e avaliar a melhor forma de prestar socorro. Angelo (2014), informa como seriam acionados os serviços do COI.

De acordo com o projeto da prefeitura, as unidades serão equipadas com tablets que estabelecerão um link direto com Central de Regulação e o COI, proporcionando informação em tempo real durante os atendimentos através das câmeras espalhadas em toda a cidade.

Entretanto, Mendicelli (2017) relata que no final de outubro de 2017, houve a alteração da sede do SAMU.

[...] os serviços de emergência do SAMU (192), Corpo de Bombeiros (193) e Polícia Militar (190) do Alto do Vale do Paraíba passarão a ter atendimento unificado no COPOM (Centro de Operações da Polícia Militar), do Batalhão da Polícia Militar CPI1, em São José dos Campos.

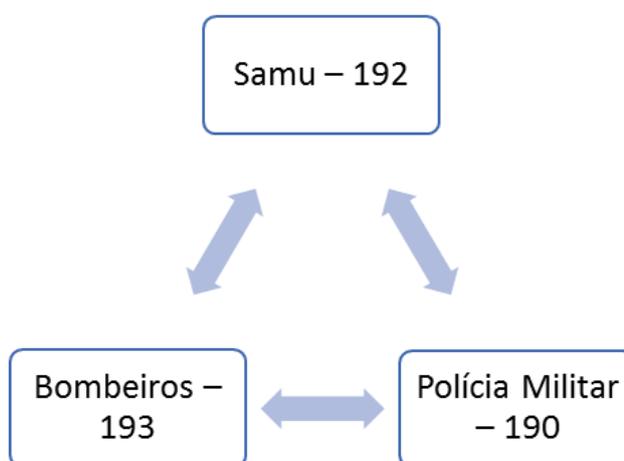
Segundo Mendicelli (2017) “o objetivo da unificação é que, com o compartilhamento dos recursos, os serviços sejam mais ágeis e eficazes à população”. A Prefeitura de São Jose dos Campos (2017) informa sobre a importância da integração de atendimento.

A integração dos atendimentos é um dos compromissos da atual gestão da Prefeitura de São José de compartilhar recursos e dar mais eficiência aos serviços prestados à população. São José é

a primeira cidade no Estado de São Paulo a ter um sistema unificado de atendimento desses serviços. (Prefeitura de São Jose dos Campos, 2017)

Mendicelli (2017) ainda complementa que “o Alto Vale do Paraíba é a primeira região do Estado de São Paulo a ter um sistema unificado de atendimento desses serviços”. Pode-se ver a representação disso, na figura 3, a seguir.

Figura 3 - Atendimento Unificado



Fonte: Mendicelli (2017), adaptado por Pesquisador (2018)

3.3.6 Bases Descentralizadas

Além da estruturação da Central de Regulação, outro fator muito importante na prestação dos serviços do SAMU na Região é a alocação das bases descentralizadas. A seguir se tem a definição de base descentralizada, de acordo com a Portaria 1.010 de 21 de maio de 2012.

Base Descentralizada: infraestrutura que garante temporeposta de qualidade e racionalidade na utilização dos recursos do componente SAMU 192 regional ou sediado em Município de grande extensão territorial e/ou baixa densidade demográfica, conforme definido no Plano de Ação Regional, com a

configuração mínima necessária para abrigo, alimentação, conforto das equipes e estacionamento da(s) ambulância(s).

Estas bases descentralizadas além de garantir o tempo hábil de atendimento ao paciente, também funciona como uma área de conforto para as equipes, contando com banheiro, área de repouso, sala de estar e copa. A seguir, na figura 4, um exemplo de configuração de uma base descentralizada.

Figura 4 - Configuração de uma base descentralizada



Fonte: Ministério da Saúde (2014)

Ressalta-se ainda que as Bases Descentralizadas podem funcionar como anexo de um estabelecimento de saúde já existente compartilhando todos ambientes de apoio, sendo exclusivo para o SAMU apenas o repouso. (Ministério da Saúde, 2014)

A localização das bases do SAMU no município procurou atender todas as regiões da cidade e distribuídas da seguinte forma: Zona Norte, Zona Sul 1, Zona Sul 2, Zona Leste 1, Zona Leste 2, Centro, São Francisco Xavier. Cada zona, contando com uma unidade de suporte básico e duas unidades de suporte avançado, sendo alocadas nas bases do Corpo de Bombeiros, dos bairros Vila Industrial e Parque Industrial. (Prefeitura de São José dos Campos, 2013). Estas bases foram construídas de acordo com o número de habitantes da região.

No quadro 2, segundo o Censo 2010, pode se notar que as zonas Sul e Leste, respectivamente, apresentam maior concentração de pessoas residentes, sendo assim, estas zonas possuem duas bases descentralizadas cada.

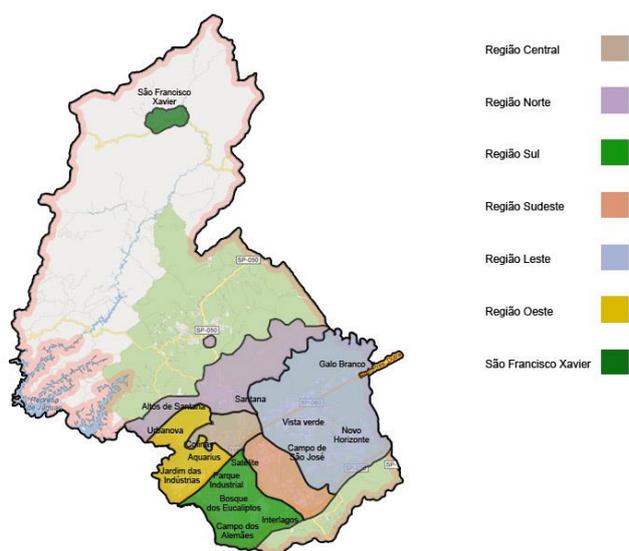
Quadro 2 - Concentração de Pessoas Residentes por Região

Região	Domicílios particulares ocupados	Pessoas residentes	Moradores/ domicílio
Centro	24.690	72.115	2,9
Norte	17.646	59.800	3,4
Leste	46.829	160.990	3,4
Sudeste	12.680	45.800	3,6
Sul	69.198	233.536	3,4
Oeste	13.490	41.163	3,1
SFX	437	1.342	3,1

Fonte: Censo 2010 - IBGE e estimativas IPPLAN/PMSJC

Neste mesmo contexto, pode-se ter uma ideia da distribuição territorial de São José dos Campos, de acordo com as regiões, segundo a figura 5. Ainda, nota-se que a cidade é cortada pela Rodovia Presidente Dutra.

Figura 5 - Distribuição Territorial de São José dos Campos



Fonte: Prefeitura de São José dos Campos (2013)

A seguir, inicia-se o Capítulo 4, que apresentará a discussão dos resultados deste trabalho.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

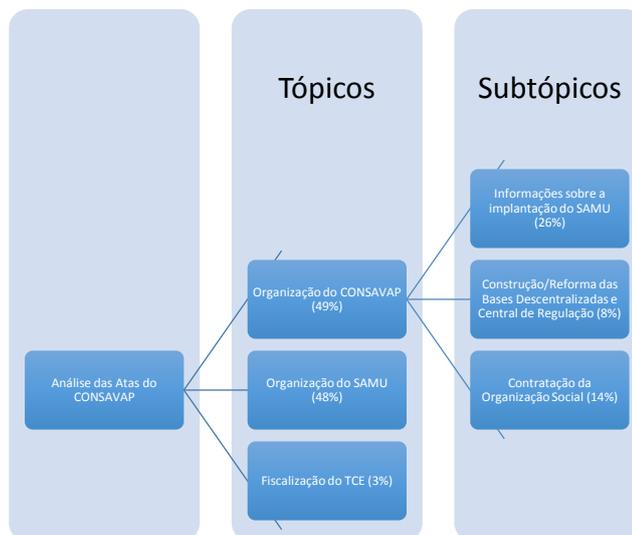
Neste capítulo, primeiramente, será exposto a discussão e os resultados da análise das atas do CONSAVAP, no que diz respeito a implantação do SAMU, na região de São José dos campos, seguindo as explicações referenciadas na metodologia aplicada a este trabalho. Em seguida, serão apresentados tópicos e análises sobre indicadores de desempenho operacionais do SAMU. Por fim, serão apresentadas algumas particularidades da prestação deste serviço no município.

Para análise das atas conforme metodologia, os assuntos constantes das atas foram divididos em tópicos. Com esta estrutura foi possível descobrir que as atas tratavam de 108 assuntos totais. Para melhorar ainda a organização e o entendimento, os tópicos gerais serviam para classificar assuntos similares. Assim, foram criados 3 tópicos gerais para a análise das atas do CONSAVAP. Abaixo, estão representadas a estrutura organizada da análise e a indicação da quantidade de assuntos por tópico ou subtópico e sua porcentagem de ocorrências nas atas das reuniões do CONSAVAP.

- 1. Organização do CONSAVAP (53 assuntos, 49%)**
- 2. Organização do SAMU (52 assuntos, 48%), subdivididos em:**
 - a. Informações sobre a Implantação do SAMU (28 assuntos, 26%)
 - b. Construção/Reforma das Bases descentralizadas e Central de regulação (9 assuntos, 8%)
 - c. Contratação da Organização Social (15 assuntos, 14%)
- 3. Fiscalização do Tribunal de Contas (3 assuntos, 3%)**

Na figura 6, são apresentadas as porcentagens de aparecimento dos temas nas atas do Conselho de acordo com cada tópico e subtópico.

Figura 6 - Análise das Atas do CONSAVAP



Fonte: Pesquisador (2018)

A seguir, inicia-se o subtópico 4.1, com a explicação sobre a Organização do CONSAVAP.

4.1 Organização do CONSAVAP

Na análise do conteúdo das atas das reuniões, verificou-se que 53 assuntos das atas analisadas eram sobre a Organização do próprio Conselho, equivalendo a 49% do universo de 108 assuntos discutidos. Tais assuntos eram estabelecidos como forma de organizar os serviços internos do conselho e sua estrutura interna, apresentando ainda seu estatuto e regimento interno para o desenvolvimento e prosseguimentos de suas atividades.

Os principais assuntos tratados se referem à eleição da Diretoria do Consórcio, eleição do Conselho Fiscal, aprovação do estatuto e regimento interno, nomeação da Secretaria Executiva, tratativas sobre o contrato de rateio, discutidos pela assembleia, que é composta pela participação dos prefeitos que representam as cidades consorciadas definidas no próprio estatuto do CONSAVAP.

Um assunto importante foi a discussão em assembleia para a implantação do SAMU com o estabelecimento do Contrato de rateio com base no critério populacional do censo do ano de 2010, segundo o IBGE. Estabeleceu-se também que a Prefeitura

de São José dos Campos ficaria responsável por custear os gastos iniciais do CONSAVAP, com o ressarcimento a posterior. [1ª reunião – 14/10/2013].

Na segunda Reunião em 14 de fevereiro de 2014, já se houve a apresentação do contrato de rateio e do contrato de programa, bem como a explicação sobre questões orçamentárias (consignação dos valores no PPA, LDO e LOA, nos termos da portaria 72/2012 do STN, de cada município para que haja a autorização legal para o repasse dos valores referentes ao rateio, para posterior formulação da minuta do contrato. Outro ponto fundamental nesta reunião foi a apresentação das leis municipais que autorizavam o CONSAVAP a ratificar o protocolo de intenções do próprio conselho. Estas leis foram apresentadas por todos os membros-prefeitos.

Na terceira reunião, em 23 de maio de 2014, já se apresentava a minuta do contrato de rateio e os valores iniciais estimados para o início dos trabalhos do CONSAVAP. [3ª reunião – 23/05/2014].

Dessa forma, por meio do contrato de rateio, são avaliados os custos iniciais e a forma de repartição para cada membro participante do consórcio, de acordo com a população do município no censo de 2010. Também foi discutida a aprovação do regimento interno do CONSAVAP. [4ª reunião – 08/08/2014]. Este regimento dispõe sobre a organização administrativa do consórcio, estrutura e competência dos órgãos integrantes.

Dentre outros temas mais referenciados neste tópico, podem ser citados: a aprovação do regimento interno e de estatuto, apresentação do contrato de programa e de rateio, autorizações por meio de leis municipais autorizando a existência do CONSAVAP, adequações de orçamentos, minutas do contrato de rateio e alterações dos contratos de rateio quando necessário, apresentação e aprovação de balanço patrimonial, prestação de contas, pareceres do Conselho Fiscal sobre as contas, Relatórios do Controle Interno e de atividades revisões do orçamento e sobre a definição de dívida ativa e parcelamento de valores dos municípios que possam dever valores referentes ao contrato de rateio, entre outros.

De uma forma geral, nestes assuntos estão relacionadas as imposições previstas no próprio estatuto e regimento Interno do CONSAVAP que ditam sobre sua organização interna, Assembleia, Diretoria, Conselho Fiscal e Secretaria Executiva e suas respectivas competências.

4.2 Organização do SAMU

A Organização do SAMU tratou por identificar assuntos mais relevantes discutidos nas atas do CONSAVAP, após que a estrutura interna do Conselho já estivesse claramente definida e delineada.

Trata de assuntos que utilizaram das habilidades técnicas do corpo administrativo do conselho para definir como o serviço seria implementado e disponibilizado, portanto, já não seriam decisões com relação a sua estrutura interna, mas decisões sobre o processo de estruturação do próprio SAMU, de suas bases descentralizadas e central de regulação e sobre a contratação da organização social. Cabe constar, por óbvio, que tais assuntos foram discutidos nas reuniões intercambiadamente com outros assuntos de cunho da organização do CONSAVAP.

Dessa forma, a Organização do SAMU foi dividida em 3 subtópicos para melhor identificação das decisões que levaram a completa implantação do serviço no Vale do Paraíba, por meio do entendimento das atas de reunião do CONSAVAP. Assim, após a análise, classificou-se a Organização do SAMU em 52 assuntos, resultando 48% dos assuntos relacionados nas mencionadas atas. Os três subtópicos estão discriminados a seguir:

- Informações Gerais sobre a implantação do SAMU (28 assuntos, 26%)
- Construção/ Reforma das Bases Descentralizadas e Central de Regulação (9 assuntos, 8%)
- Contratação da Organização Social (15 assuntos, 14%)

4.2.1 Informações Gerais sobre a Implantação do SAMU

Neste tópico, a maioria dos assuntos tratou da apresentação do SAMU e informações gerais sobre o serviço e organização, deliberações sobre sua sede e cronograma atualizado sobre sua implantação. Assuntos relativos a central de regulação e instalação do sistema 192, entregas de ambulâncias, vistoria das bases centralizada, repasses federais, dentre outros, totalizando 28 assuntos discutidos e 26% do total.

Na estruturação do SAMU, um ponto importante foi a prévia construção da central de regulação e a construção/reforma das bases descentralizadas para posterior validação do Ministério da Saúde, seguindo metodologia própria disponibilizada por tal Ministério para padronização do serviço e da estética das bases. Diante, desta primeira validação, pode-se solicitar a entrega das ambulâncias. Entretanto para o recebimento dos repasses federais, há ainda ao processo de habilitação e o de qualificação da Central de Regulação de Urgências (CRU), Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA). Os repasses neste caso se dão em ambas as fases (habilitação e qualificação) com exigências definidas na lei que rege o SAMU. Abaixo algumas definições trazidas pelo artigo 2º, da Portaria 1.010 de 21 de maio de 2010, sobre o custeio e os processos de habilitação e qualificação.

VI - custeio: modalidade de repasse de recurso financeiro para capacitação e educação permanente, manutenção das equipes efetivamente implantadas, reformas, insumos, manutenção de equipamentos e das unidades móveis de urgência;

VII - habilitação: processo pelo qual o SAMU 192 e as Centrais de Regulação das Urgências cumprem determinados requisitos do processo de habilitação, tornando-se aptos ao recebimento dos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde, tanto para investimento quanto para custeio;

VIII - qualificação: processo pelo qual o componente SAMU 192 regional já habilitado cumpre requisitos de qualificação estabelecidos nesta Portaria, passando a fazer jus a novos valores de custeio;

Este auxílio financeiro do Governo Federal ainda pode ser considerado um grande gargalo de todo o processo para o custeio do SAMU, já que segue uma série de imposições em lei para que se atinja os processos de habilitação e qualificação, isso leva tempo e esforço gerencial municipal, principalmente no que se diz respeito aos gastos iniciais do projeto de implementação do SAMU, gastos com a equipe técnica do consórcio, das construções das unidades básicas e central de regulação e da contratação da Organização Social que gere o funcionamento do próprio SAMU. Assim, todos estes custos extrapolam por vezes os gastos proporcionais que são assumidos pelos entes municipais. Esta é uma dificuldade enfrentada pelos

Municípios participantes do Consórcio, já que só poderão contar com os valores do repasse Federal para reduzir os valores de seus próprios rateios após a habilitação e qualificação do SAMU, ou seja, até que isto aconteça, os municípios membros arcarão com os próprios custos dos investimentos efetivados. Cabe informar que o artigo 40, da Portaria 1.010 de 21 de maio de 2010, esclarece que a forma de rateio destas despesas de custeio mensal do componente SAMU 192 é de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, na seguinte proporção:

- I - União: 50% (cinquenta por cento) da despesa;
- II - Estado: no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa; e
- III - Município: no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa.

Informa também em seu parágrafo único que a complementação dos recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio mensal do Componente SAMU 192 é de responsabilidade conjunta dos Estados e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB.

Entretanto, apenas na reunião vigésima primeira de 22 de março de 2017 do CONSAVAP, houve a informação sobre o repasse federal referente a habilitação de conformidade com a portaria 3.338, de 29 de dezembro de 2016, teve a primeira parcela de 1/12 avos, repassado Fundo a Fundo para os municípios de São José dos Campos, Caçapava, Jacareí e Jambuí, em 02/03/2017, respectivamente. Com o repasse federal, pode-se abater do contrato de rateio o valor da cota parte de cada consociado, devendo ser rerratificado por meio de instrumento de aditivo contratual a ser assinado por todos os entes do CONSAVAP. Para os municípios em dívida ativa foi aprovado o parcelamento de acordo com a possibilidade de cada ente com quantia mínima mensal de pagamento, correspondente ao valor do repasse federal para quitação da dívida. Tal parcelamento será efetuado por meio de contrato pela Secretaria Executiva e pela Coordenadoria Administrativo e Financeiro. [21ª reunião - 22/03/2017]

Já na reunião vigésima terceira de 20 de dezembro de 2017, a secretaria executiva, por determinação da presidência, reiterou a todos os presentes sobre a publicação da portaria n 3118/2017, que qualificou a central de regulação de urgências (CRU), unidades de suporte básico (USB) e unidade de suporte avançado (USA), dos

municípios de são José dos campos SP, Caçapava SP, Jacareí SP, jambeiro SP, pertencentes ao serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU192) regional de são Jose dos campos, e autorizou a transferência de custeio aos municípios.

Diante disso, pode-se ver a burocracia e a exigência que a Lei impõe aos municípios que pretendem implantar o SAMU em sua região. É recorrente nas atas do CONSAVAP a preocupação dos membros-prefeitos em ter informações sobre o início dos repasses federais. Inclusive, pode-se destacar a precariedade dos municípios em termo financeiros. Segundo a reunião décima do CONSAVAP de 15 de maio de 2015, foi solicitado pelo Município de Monteiro Lobato a suspensão temporária do SAMU 192 por situação adversa orçamentária e financeira, pleiteando ainda permanecer como consorciado. Isto mostra claramente as dificuldades apresentadas pelos municípios quando há falta de recursos financeiros.

4.2.2 Construção/ Reforma das Bases Descentralizadas e da Central de Regulação

No subtópico anterior, já apresentamos alguns comentários sobre a construção e reformas das bases descentralizadas e da Central de Regulação. Entretanto, como este foi um assunto recorrente nas atas dos CONSAVAP, decidiu-se por separar para que houvesse um entendimento crucial das dificuldades apresentadas na implantação do SAMU. Este assunto se apresentou em nove atas distintas, e é uma das primeiras ações a serem efetivadas pelos municípios para a implementação do SAMU e solicitação das ambulâncias.

De acordo com as atas, diversas vezes o assunto foi pautado pela Secretaria Executiva do CONSAVAP, que se referenciava a informações sobre a necessidade do término da Construção ou Reforma das Bases Descentralizadas. Isto aconteceu possivelmente por algum despreparo técnico, dificuldades nas licitações ou até mesmo por questões orçamentárias, gerando tais atrasos. Este problema de percurso é grave já que inibe a solicitação de vistoria do Ministério da Saúde, consequentemente atrasando na solicitação de entrega das ambulâncias e na prestação de serviços do SAMU regional. Diante disso, é apresentada a sequência de fatos que mostram um pouco desta dificuldade mostrada nas atas do conselho sobre este tema.

Em 14/02/2014, na segunda reunião, foi comunicado sobre a construção da Central de Regulação já ter sido homologada e em fase de assinatura de contrato. [2ª reunião - 14/02/2014]

Já em 08/08/2014, a secretaria executiva do CONSAVAP informava sobre os procedimentos técnicos para a instalação e integração do sistema 192 referente à telefonia, na região. [4ª reunião - 08/08/2014]

Também, na reunião, houve comunicação aos presentes sobre a construção e/ou reforma das bases municipais, em que todos se comprometeram a finalizar as obras o mais breve possível. Nesta mesma reunião, o presidente do CONSAVAP, Prefeito Municipal de São José dos Campos, Carlos José de Almeida, informou que a Central de Regulação já estava apta a funcionar. Diante disso, comunicou o interesse de iniciar o projeto da instalação do SAMU antecipadamente, assumindo integralmente os gastos com este projeto. Também, questionou aos demais membros-prefeitos se algum outro município pretendia iniciar o processo também neste momento, para, inclusive solicitar as ambulâncias do Ministério da Saúde, desde que cumpridos os requisitos necessários.

Na sexta reunião em 13 de outubro de 2014, houve nova apreciação sobre a situação das bases descentralizadas. A Secretaria Executiva apresentou o relatório das obras/reformas das bases descentralizadas nos municípios consorciados e novamente foi reiterada a necessidade de que todas as bases descentralizadas estejam prontas até meados de dezembro de 2014. [6ª reunião - 13/10/2014]

Em 15 de dezembro de 2014, sétima reunião do conselho, a pauta também cuidou de discutir sobre as bases descentralizadas, explicou-se que tais bases precisavam estar adequadas até fevereiro de 2015, para que houvesse a vistoria final por parte do Ministério da Saúde. Neste momento, pode-se perceber o atraso das obras já que deveriam estar prontas em meados de 2014, prazo anteriormente apresentado na sexta reunião do conselho. [7ª reunião - 15/12/2014]

Na oitava reunião em 26 de janeiro de 2015, tratou-se da entrega das ambulâncias e da finalização das obras e reformas das bases descentralizadas. [8ª reunião - 26/01/2015]

Já na reunião décima de 15 de maio de 2015, houve nova apresentação de argumentos sobre a situação das bases. A Secretaria Executiva e os representantes dos entes consorciados trataram de explanar sobre a obra das bases descentralizadas nos municípios consorciados. Foi explicado que estas bases deveriam estar prontas

o mais breve possível, antes do termino do processo de seleção promovido pelo CONSAVAP para firmar o contrato de gestão para implantar, operacionalizar e gerenciar o SAMU. [10ª reunião - 15/05/2015]

Em 30 de junho de 2015, reunião décima primeira, tratou-se da situação das bases e solicitação das ambulâncias. Todos os representantes esclareceram sobre a situação de suas respectivas bases e dos prazos para a finalização das obras pendentes. Foi informado que o Ministério da Saúde iria fiscalizar todas as bases, inclusive para o envio das ambulâncias. Em seguida, e o mais breve possível, os municípios iriam solicitar as ambulâncias no Ministério da Saúde. [11ª reunião - 30/06/2015]

Na Reunião 16 de 09/03/2016, tratou-se novamente da situação atual do SAMU 192. Nesta reunião, a secretaria executiva informou que os consorciados que já implantaram o SAMU em seus municípios enviaram toda a documentação ao Ministério da Saúde para a habilitação do serviço, e assim iniciar o recebimento do repasse federal. Informou também que Igaratá já estaria finalizando a adequação da área onde será a base descentralizada, e em breve seria solicitada a unidade móvel e a vistoria da base por parte da coordenação de urgência e emergência do Ministério da Saúde. [16ª reunião - 09/03/2016]

Com referência a qualificação: a secretaria executiva informou que após a obtenção da habilitação, já partiu com todos os procedimentos pertinentes a busca de qualificação e respectivo repasse de mais de 25%. Salientou-se a importância para a qualificação de que as bases de cada município deverão estar em conformidade com a padronização técnica exigida pelo ministério da saúde, pois serão vistoriadas.

Dessa forma, conforme apresentado nas reuniões citadas acima, pode se notar uma clara dificuldade em se estabelecer um prazo viável e certo para o cumprimento das obras de reformas das bases centralizadas. Isso se torna complexo e complicado, já que para a obtenção das ambulâncias é necessário que tais bases e estruturas esteja pronta para a vistoria da equipe técnica do Ministério da Saúde. Apesar do CONSAVAP, por meio de sua secretaria executiva advertir os membros do consórcio para uma agilidade de resolução desta situação, tais definições extrapolam suas competências já que dependem da participação efetiva dos órgãos municipais.

4.2.3 Contratação da Organização Social

A Contratação da Organização Social foi um dos temas mais relevantes tratados para a estruturação do SAMU regional, já que caberia a própria OS gerir e operacionalizar o SAMU. Apareceram por 15 vezes assuntos relativos a este tema nas atas do CONSAVAP, equivalendo a 14% dos assuntos tratados. Já na segunda reunião do Conselho, este tema seria pautado.

Na segunda reunião, em 14 de fevereiro de 2014 do CONSAVAP já se apresentava a informação sobre o chamamento público para a contratação de Organização Social. Frisava-se também a necessidade de cada município ter autorizativo legal para que o CONSAVAP pudesse continuar com a respectiva qualificação do processo seletivo. Este processo seletivo seria para a contratação da Organização Social que seria responsável pela operacionalização do SAMU, de todos os membros consorciados. [2ª reunião - 14/02/2014]

Também foi salientado que os municípios deveriam finalizar os procedimentos legais e aprovação de leis necessárias para o início do processo de qualificação das entidades sem fins lucrativos como organizações sociais, para posterior processo seletivo de programas de trabalho. Foram apresentados prazos para a efetivação das organizações sociais, relatórios preliminares da CONSAVAP, etc. [3ª reunião - 23/05/2014]

Outro ponto relevante, seria que por se tratar de um consórcio com 8 entes municipais consorciados e por estar estabelecido na cidade de São José dos Campos, aprovou-se que o Município de São José dos Campos teria o encargo de qualificar as entidades sem fins lucrativos que pretendessem obter o título de Organização Social (OS) para participar do processo de seleção para gerenciar e operacionalizar o SAMU. Também houve a possibilidade de que organizações sociais já qualificadas nos demais municípios consorciados pudessem participar do processo seletivo, desde que qualificadas como OS na área de Saúde daqueles entes consorciados. [4ª reunião - 08/08/2014].

Na sexta reunião, em 13 de outubro de 2014, o Cronograma da Implantação do SAMU em São José dos Campos havia sido atualizado. Com isso, houve a publicação no Diário Oficial do Estado de São Paulo do Aviso para a Qualificação de Organização Social e no jornal "o Vale", em 22 de agosto de 2014 e o extrato do Edital do Processo de Seleção para a contratação da Organização Social para operacionalizar e gerir o

SAMU 192 foi publicado no dia 04 de outubro de 2014 no Diário Oficial do Estado de São Paulo e no dia 06 de outubro de 2014 no sítio eletrônico www.consavap.com.br. [6ª reunião - 13/10/2014]

A entrega dos envelopes foi no dia 21 de novembro de 2014, sendo que a Comissão Especial de Seleção teria que apresentar o julgamento dos Programas de Trabalho em no máximo 15 (quinze dias após a entrega dos envelopes, ou seja, até o dia 08 de dezembro de 2014). [6ª reunião - 13/10/2014]

Na reunião de 15 de dezembro de 2014, reunião sétima, houve a informação da Suspensão do processo de seleção da OS no CONSAVAP. Na reunião seguinte de 26 de janeiro de 2015, oitava reunião, a secretaria executiva informou aos prefeitos que no dia 23 de janeiro de 2015, houve a sessão para a entrega dos envelopes de documentação e proposta técnica das organizações sociais participantes do processo de seleção para gerir e operacionalizar o SAMU 192. Três entidades apresentaram seus envelopes, sendo que todas foram qualificadas por sua habilitação jurídica. [7ª reunião - 15/12/2014]

Na oitava reunião, em 26 de janeiro de 2015, a Secretaria Executiva informou aos prefeitos que no dia 23 de janeiro de 2015 houve a sessão de entrega dos envelopes de documentação e proposta técnica das organizações sociais participantes do processo de seleção para gerir e operacionalizar o SAMU 192. Três entidades apresentaram seus envelopes, sendo que todas foram qualificadas (habilitação jurídica). Com isso, a Comissão Especial de seleção teria 15 (quinze) dias, prorrogáveis por mais 15 (dias) para o julgamento dos projetos apresentados. Foi esclarecido que não houve qualquer intercorrência ou interposição de recursos durante esta fase do certame. [8ª reunião - 26/01/2015]

Em 16 de março de 2015, nona reunião, com referência ao andamento do processo de seleção do SAMU192 regional de São José dos Campos, houve recursos interpostos sobre a decisão da Comissão Especial de Seleção. Dessa forma, decidiu-se sobre a revogação do certame pela alegação da presença de entidade impedida de participar e de dois programas de trabalho não atenderem as exigências do Edital, sem condições de homologar e adjudicar o objeto da licitação para estas entidades. A finalidade dessa decisão foi dar amplo respeito ao princípio da impessoalidade. Assim, haveria de se decidir por uma nova abertura de processo de seleção da OS. A secretaria executiva também informou que reabriria o processo de seleção, com as

novas planilhas e custos, esclarecendo alguns pontos de datas prazos e a nova orientação do Supremo Tribunal Federal (ADI 1923) sobre o caso.

Já na Reunião décima de 15 de maio de 2015, com referência ao Processo de seleção do SAMU, a secretaria executiva informou que reabria o processo de seleção e com as novas planilhas e custos e esclareceu alguns pontos de datas, prazos e nova orientação do Supremo Tribunal Federal (ADI 1923).

Em 30 de junho de 2015, reunião décima primeira, para o processo de seleção de Organização Social para gerir e operacionalizar o SAMU, houve a apresentação do Programa de Trabalho por uma única empresa, no caso a SPDM – Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina. Neste caso, houve uma informação da Secretaria Executiva do CONSAVAP com referência a finalização do processo de seleção para adjudicação e homologação do Serviço do SAMU e posterior assinatura do contrato de gestão com a OS. O programa de Trabalho apresentado por aquela OS, obteve 90 (noventa pontos) e apresentou o valor de 17.594.324,08 (dezesete milhões, quinhentos e noventa e quatro mil e trezentos e vinte e quatro reais e oito centavos). De acordo com isso, foi apresentado de forma detalhada, todos os elementos do Processo de Seleção, dos critérios de julgamento e do que foi apresentado pela a organização social. Isso tudo apresentado, foi deliberado e aprovado pela assembleia o valor apresentado pela SPDM. Com isso, foi apresentada a nova planilha orçamentária do CONSAVAP contemplando os novos valores de rateio, com o valor da manutenção do consórcio e os custos do SAMU. [11ª reunião - 30/06/2015]

Na reunião seguinte, décima segunda de 26 de agosto de 2015, o Processo de seleção, com referência a contratação da OS, objeto do processo administrativo foi homologado pelo presidente e o contrato de gestão brevemente seria assinado com a organização social. Nesta reunião houve também assinatura do contrato de gestão e dos contratos de rateio. [12ª reunião - 26/08/2015]

Na reunião décima terceira de 14 outubro de 2015, foi informado que em 1 de outubro de 2015, é o marco da chegada das ambulâncias do SAMU dos municípios de Caçapava, Jacareí e Jambeiro. A SPDM iniciou a seleção de contratação de profissionais, oficializando para o dia 1 de novembro de 2015 o início das atividades do SAMU regional, com a necessidade de os municípios neste prazo, procederem o licenciamento e a contratação de seguros dos veículos. Contudo, a secretaria executiva ressaltou a necessidade dos termos aditivos prevendo o SAMU e dos

decretos de termo de uso de bens móveis, estarem assinados antes da mencionada data, assim como a inclusão destas despesas estarem devidamente consignadas nos orçamentos respectivos, conforme Portaria STN 72/2012. [13ª reunião - 14/10/2015]

Na reunião seguinte de 26 de novembro de 2015, décima quarta, houve a informação de que os repasses federais para as unidades básicas, avançadas e a central de regulação só seriam transferidos quando o SAMU for habilitado e até este momento os municípios devem assumir toda a despesa. Nesta reunião houve a informação também de que o Contrato de Gestão com a SPDM teria duração de 12 meses. Na reunião de 09 de março de 2016, décima sexta, foi informada a prestação de contas do contrato de gestão do SAMU, prestação de contas apresentada pela SPDM. [14ª reunião - 26/11/2015]

Nas atas apresentadas acima, pode-se notar um pouco dos procedimentos adotados pelo CONSAVAP, para a Contratação da Organização Social e assinatura do Contrato de Gestão. Nas atas também é relatado algumas dificuldades relativas ao processo de licitação, inclusive com suspensão e revogação do certame. Entretanto, para se assegurar a licitude do processo, é aceitável que as vezes o prazo seja dilatado para concretizar a licitação. Essa é dificuldade que enfrentam quaisquer órgãos públicos que necessitam de urgência na contratação e prestação de serviços por terceiros.

4.3 Fiscalização do Tribunal de Contas

Outro assunto relevante nas reuniões do CONSAVAP foi a fiscalização feita pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo - TCE. O TCE é responsável pela fiscalização com emissão de relatórios de auditoria. No caso, houve apontamentos sobre:

1. Inadimplência de repasses de alguns municípios no exercício de 2014
2. Solicitação para a melhoria do arquivamento de documentos do CONSAVAP
3. Ausência de relatório do controle interno.

Também houve recomendação para que o CONSAVAP adotasse o sistema de cobrança dos rateios em atraso. Houve deliberação e aprovação que a secretaria executiva faria as notificações aos municípios inadimplentes e promoverá após o final

do exercício e em se mantendo não pagamento, a inclusão em dívida ativa. O TCE também exigiu que fossem emitidos relatórios de Controle Interno, que segundo o Protocolo de Intenções e Estatuto, tal responsabilidade é do Conselho Fiscal. Deliberou-se e aprovou que a Secretaria Executiva continue procedendo com os relatórios contábeis e fiscais e os encaminhe, semestralmente (até o dia 30 de agosto e 30 de janeiro), ao Conselho Fiscal para emissão do relatório do Controle Interno. [12ª reunião - 26/08/2015]

Na reunião 21ª de 22 de março de 2017, houve a aprovação para os municípios em dívida ativa do parcelamento de acordo com a possibilidade de cada ente com quantia mínima mensal de pagamento, correspondente ao valor do repasse federal para quitação da dívida. Tal parcelamento seria efetuado por meio de contrato pela Secretaria Executiva e pela Coordenadoria Administrativa e Financeira do CONSAVAP. Nesta reunião também o TCE deu ciência de que as contas do CONSAVAP, e respectivo contrato de serviço com a SPDM e aditivo de 2016, foram julgados irregulares, pendente de recurso ordinário. [21ª reunião - 22/03/2017]

Apesar do assunto não ter sido recorrente, é um assunto relevante pois mostra o empenho dos órgãos fiscalizadores na gestão dos serviços públicos. O TCE está atuante e cabe ao CONSAVAP repassar as informações necessárias e melhorar a prestação de seus serviços.

No tópico seguinte é demonstrada uma análise sobre os indicadores de desempenho operacional do SAMU já com o serviço em execução, essa parte do trabalho, não consta das atas do CONSAVAP, mas foi obtida com informações constantes em diversos sítios que ao longo da operacionalização do SAMU, apresentaram publicamente tais dados.

4.4 Indicadores de Desempenho Operacional

Assim, como qualquer organização privada, as organizações públicas também devem verificar seus indicadores para analisar estratégias e resultados, controlar seus custos, corrigir seus rumos, quando necessário. Assim, ter uma visão mais próxima dos seus indicadores de desempenho trará mais possibilidades de obter sucesso na operação de qualquer projeto.

Segundo Chiavenato (2003) “os indicadores de desempenho são sinais vitais de uma organização, pois permitem mostrar o que ela está fazendo e quais os

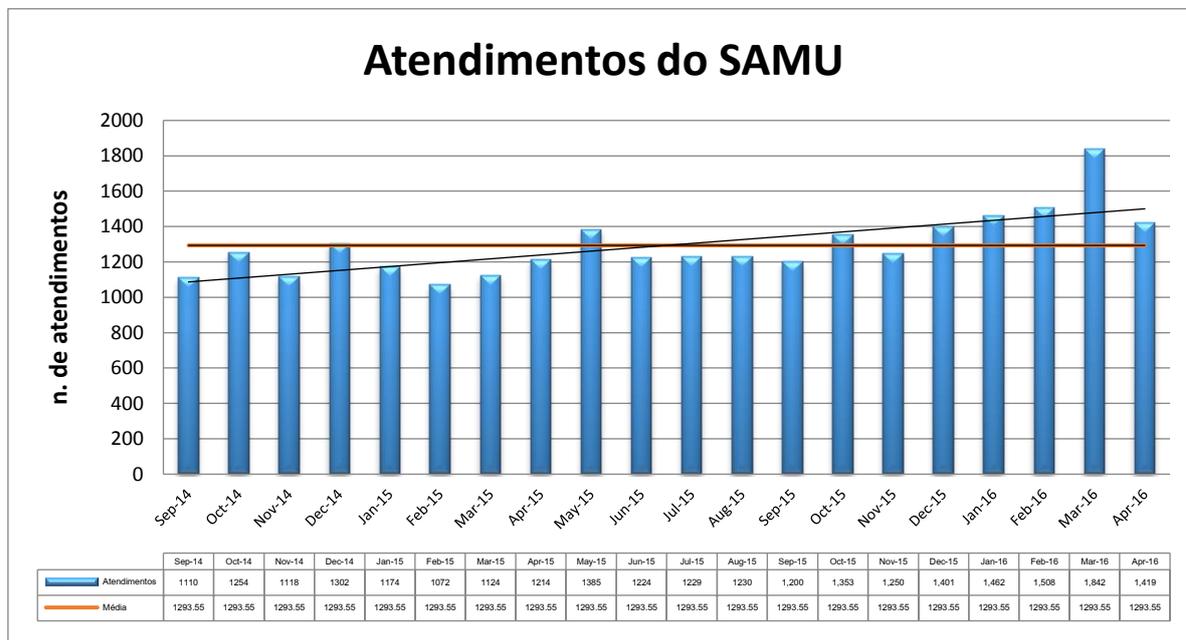
resultados de suas ações”. Este mesmo autor ainda complementa sobre a necessidade de se criar um painel de controle para a avaliação do desempenho.

Segundo Minayo e Deslandes (2008) é necessário o monitoramento para que haja a busca pela excelência e que também possam ser implementados processos integrativos com todo o sistema de urgência.

Dessa forma, seguindo este mesmo entendimento e a crucialidade do tema, buscou-se neste presente capítulo avaliar os indicadores operacionais do SAMU, aqueles disponibilizados online e de acesso público. Cabe-se ressaltar, que foram feitos diversos contatos com a administração municipal para a obtenção de dados de caráter operacional, porém até a entrega deste trabalho nada nos foi informado.

Dessa forma, de acordo com a pesquisa, obteve-se o número de atendimentos realizados desde a implantação do SAMU, na localidade, conforme dados apresentados no gráfico 1.

Gráfico 1 - Número de atendimentos realizados desde que o SAMU foi instalado em São José dos Campos



Fonte: Prefeitura de São José dos Campos (2016b), adaptado pelo Pesquisador (2018)

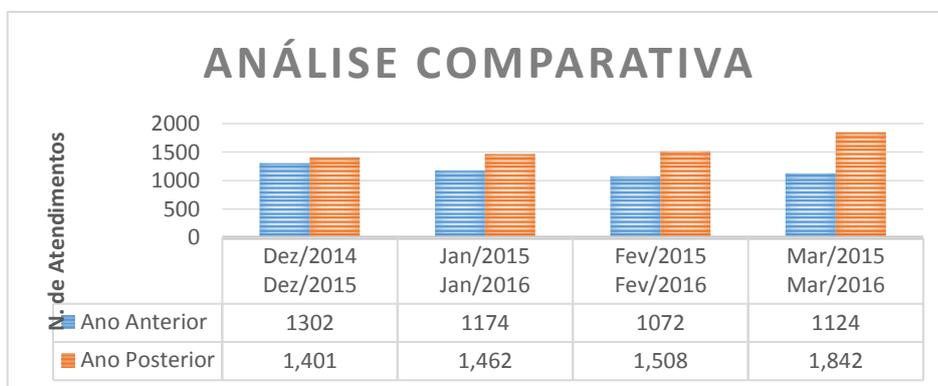
De acordo com gráfico 1, pode-se tecer alguns comentários. Primeiramente, o SAMU em seu primeiro mês de atendimento, apresentou 1110 atendimentos, número

de atendimentos bem próximo da média do período que foi de aproximadamente 1294 atendimentos.

Em Alguns meses, como dezembro de 2014, maio e outubro de 2015, dezembro de 2015 e janeiro, fevereiro março e abril de 2016, tiveram atendimentos acima da média. Estes meses, possivelmente, impactados pelo período de férias escolares e feriados, principalmente, sendo natal e carnaval.

Na tabela foi traçada uma linha de tendência linear, apenas com o intuito de mostrar a crescente demanda pelo serviço disponibilizado. Provavelmente, com o início do serviço e com a exposição da prestação do serviço em diversos sítios e na própria página da prefeitura de São José dos Campos, bem como em diversas placas espalhadas pela cidade, informando sobre o SAMU 192, acredita-se que com o conhecimento da disponibilidade do serviço por parte da população, a demanda pode ter sido influenciada também e aparenta ser crescente. Analisando o gráfico 2, a seguir, comparando-se os meses, percebe-se o crescimento após 1 ano da prestação do serviço.

Gráfico 2 - Análise Comparativa



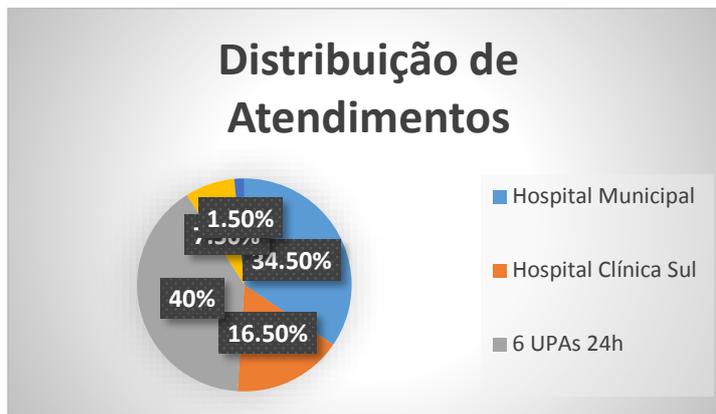
Fonte: Prefeitura de São José dos Campos (2016b), adaptado pelo Pesquisador (2018)

Em termos percentuais, para cada um dos quatro períodos, tem-se um crescimento de 8%, 25%, 41% e 64%, respectivamente, sobre o ano anterior. Este crescimento deve ser monitorado pela Administração, para que não haja falta de disponibilidade na prestação do serviço e que o tempo de atendimento da ocorrência não se eleve a níveis críticos.

Outro ponto a ser considerado é o destino dos pacientes. Analisando o gráfico 3, a seguir, pode-se perceber a importância das UPAS 24 horas. No caso de São José

dos Campos, conta com seis UPAs 24 horas que absorvem 40% da demanda de atendimentos, seguidos pelo Hospital Municipal, que recebe cerca de 34,5% dos pacientes, pelo Hospital Clínica Sul com 16,5%, UPA Saúde Mental com 7,5% e hospitais particulares, com cerca de 1,5%.

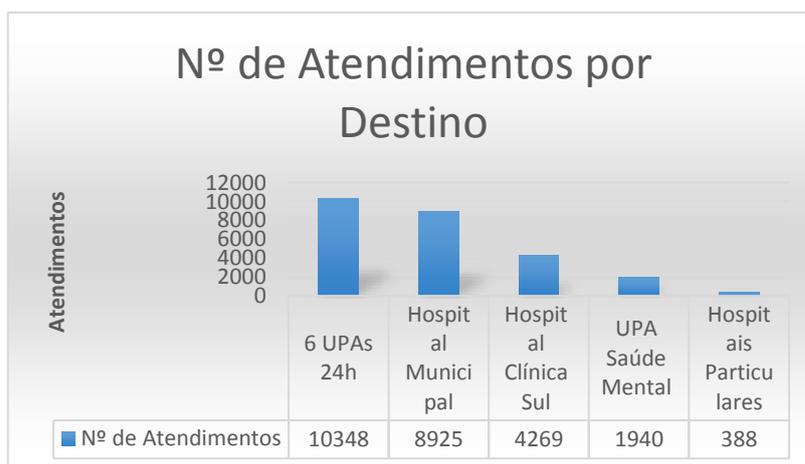
Gráfico 3 - Distribuição de Atendimentos do SAMU



Fonte: Prefeitura de São José dos Campos (2016b), adaptado pelo Pesquisador (2018)

Considerando os dados do gráfico 1, com as porcentagens apresentadas e discutidas no gráfico 3, pode-se considerar o impacto dos novos atendimentos efetuados pelo SAMU, em cada destino, como apresentado, no gráfico 4.

Gráfico 4 - Número de Atendimentos por Destino



Fonte: Adaptado pelo Pesquisador (2018)

Nota-se, pela análise do gráfico 4, o impacto recebido pelas UPAs 24 horas, com 10.348 atendimentos, e na sequência o Hospital Municipal com 8.925 atendimentos. Hospital Clínica Sul, com 4269 atendimentos, UPA Saúde Mental com

1940 atendimentos e os Hospitais Particulares com aproximadamente 388 atendimentos.

Nesse aspecto a Administração Municipal deve se preocupar com o dilema sistêmico, já que os atendimentos no SAMU impactam diretamente na prestação e disponibilidade de serviços nas UPAs e nos demais hospitais. Assim, a Administração Municipal deve compreender os efeitos da nova demanda, com a entrada do SAMU e articular uma estratégia de ampliação de serviços e disponibilidades de leitos nos hospitais.

Minayo e Deslandes (2008), frisam que “é importante dar ênfase às informações com finalidade de planejamento”. Nesse ponto, mapear e implementar um sistema de monitoramento com base em informações e indicadores sobre os destinos dos pacientes e seus impactos sobre os hospitais de referências, parece coeso e deve ser estudado e avaliado o seu desenvolvimento.

Por outro lado, recentemente, no início de 2018, foi inaugurado o Hospital Regional de São José dos Campos, com a proposta de oferecer 180 leitos, com 40 de UTI e oito salas cirúrgicas. Dessa forma, espera-se que as configurações de destino de atendimentos sejam ampliadas suavizando a demanda dos hospitais e das UPAs, porém, deve se considerar uma demanda proveniente das cidades vizinhas, já que se trata de um hospital regional.

4.5 Particularidades do Modelo do SAMU

O Modelo de SAMU regionalizado tem algumas particularidades em São José dos Campos. O serviço foi se reorganizando e se reestruturando, após a implantação. Parcerias, Certificações Internacionais, disponibilidades de comissões de éticas dentre outros, forma se somando, tornando o modelo de gestão do SAMU em São José dos Campos um modelo único e eficaz. A seguir, são exemplificados alguns itens que o torna um modelo peculiar.

- 1) Integração com a nova Central de Regulação do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), integrada ao Copom (Centro de Operações da Polícia Militar) e ao Cobom (Centro de Operações do Corpo de Bombeiros).

Esta integração visa o compartilhamento de recursos e também dar mais eficiência aos serviços prestados à população. São José é a primeira cidade no Estado de São

Paulo a ter um sistema unificado de atendimento desses serviços. (Prefeitura de São José dos Campos, 2017a)

2) Helicóptero para auxiliar os resgates médicos.

Segundo Beni (2015), “esse reforço foi graças a uma parceria entre a Prefeitura de São José com o governo do Estado de São Paulo, através do Grupamento de Radiopatrulha Aérea da Polícia Militar de São Paulo e do GRAU da Secretaria da Saúde, e permite o rápido acesso das equipes de saúde às vítimas e a transferência delas para o hospital mais adequado”.

3) Adesão ao Processo de Certificação Qmentum Internacional.

Segundo, a Prefeitura de São José dos Campos, (2017a), com essa acreditação canadense, será possível o monitoramento dos padrões de desempenho nas áreas referentes à qualidade e à segurança, com padrões definidos mundialmente, para instituições de saúde.

4) Tablets para agilizar atendimentos do SAMU 192 em tempo real.

Segundo a Prefeitura de São José dos Campos (2016a), “cada veículo do SAMU tem agora um tablet capaz de transmitir, em tempo real, informações da Central de Regulação para as ambulâncias durante o deslocamento até o local da ocorrência”. Complementa ainda que, “além disso, as equipes poderão passar informações sobre o paciente para a Central de Regulação, garantindo maior segurança e agilidade no atendimento, tratamento e/ou encaminhamento da vítima até o hospital”.

Segundo, a Prefeitura de São José dos Campos (2016a), tal sistema será implantado em “16 viaturas, sendo 9 de São José dos Campos, 2 de Caçapava, 4 de Jacareí e 1 de Jambeiro”.

5) Comissões de Ética no SAMU

De acordo com a Prefeitura Municipal de São José dos Campos (2016b), “o SAMU de São José dos Campos tem agora duas comissões de ética - uma médica e outra de enfermagem”. Essas Comissões tem a finalidade de receber queixas e reclamações da População, além de outras funções, ainda, pode-se salientar que o

SAMU de São José dos Campos é o primeiro SAMU da região a ter Comissões de éticas devidamente cadastradas. (Prefeitura de São José dos Campos, 2016b)

6) Pacientes socorridos pelo SAMU poderão ser levados para hospital particular.

A Lei nº 9.602 de 13 de novembro de 2017, dispôs sobre o encaminhamento facultativo de acidentados ou pessoas atendidas pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) a estabelecimentos de saúde privados. Dessa forma os atendidos poderão ser encaminhados ao estabelecimento de saúde privado mais próximo mediante solicitação do próprio atendido, quando em condições, ou de seu acompanhante responsável, com o aval do médico regulador, preservada a sua prerrogativa de avaliação, que decidirá para qual estabelecimento poderá ser encaminhado o atendido.

Entretanto, apesar de grandes avanços alguns problemas de cunho social também interferem no desempenho do SAMU na região de São José dos Campos.

7) Via Dutra recebe simulado de atendimento de emergência em São José dos Campos

São José dos Campos é uma cidade que é cortada pela rodovia Presidente Dutra. Dessa forma, houve uma simulação para projetar ações em acidentes de grande proporção. Nessa simulação houve a participação do SAMU. (CCR Nova Dutra, 2017)

Alguns problemas também foram encontrados na prestação de serviço do SAMU, conforme demonstrado no tópico a seguir.

4.5.1 Problemas Encontrados.

Há também problemas de cunho social que afetam a prestação de serviços.

1) Trotes.

Segundo G1 (2016) o “Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de São José dos Campos registra em média 137 trotes por dia. O número representa um total de 30% das chamadas da central que atende, além de São José, outras sete cidades que fazem parte do consórcio”. Ainda, segundo o G1, “no período de março

até o dia 12 de setembro de 2016, foram atendidas 86,6 mil chamadas. Dessas, mais de 26 mil eram trotes. O maior índice de falsos alarmes foi em agosto deste ano, quando 4.889 mil chamados eram trotes”.

Isso traz impactos na agilidade do serviço, além de ocupar a linha para um atendimento necessário, gera um gasto do dinheiro público, quando as unidades são deslocadas para um chamado inexistente.

2) Roubos ao SAMU.

O SAMU de São José dos Campos, na base dos Campos dos Alemães, tem sofrido com furtos que inclusive tem fechado temporariamente tal base. (G1, 2017)

Estes problemas devem ser sanados com o apoio de autoridades competentes para que a prestação do serviço não sofra por indisponibilidade em qualquer momento.

Dessa forma para finalizar este capítulo, ressalta-se a necessidade de a Administração Municipal verificar constantemente as demandas do SAMU e seus impactos de acordo com as configurações de destino de atendimentos, implementando indicadores de desempenho para este fim. Por outro lado, pode-se perceber que São José dos Campos possui um modelo de estruturação do SAMU diferenciado e particular, com integração e parcerias com órgãos municipais e estaduais. Helicóptero, tabletes, certificação, comissões de ética são pontos de apoio, visando o melhor atendimento ao usuário final. Também há problemas com trotes e roubos de bases, o que demonstra a deficiência das políticas sociais no Brasil e isto, acaba por impactar até os serviços de atendimento móveis, como o SAMU. Por fim, apresentam-se as considerações finais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em São José dos Campos, em 2014, que em consórcio atende as cidades do Alto Vale do Paraíba, é um serviço crucial e humanitário. O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde tem apostado na regionalização do SAMU para estruturar o serviço nas diversas regiões do País, já que municípios maiores poderiam dar suporte técnico e operacional para os municípios menores. Iniciativas do Ministério da Saúde e dos municípios tentam estruturar, organizar, assegurar e qualificar a atenção às urgências e emergências, bem como implantar o SAMU para buscar melhorias e satisfação da população. (MATO GROSSO, 2011, p17)

O SAMU em São José dos Campos foi estruturado em base regional com a participação de outros municípios, a cobertura estimada na região do Vale do Paraíba, passa de 1.000.000 de habitantes, contando com 2 unidades de suporte avançado e 7 unidades de suporte básico para a prestação do serviço. O processo de implantação passou pela construção das bases descentralizadas em diversos municípios e da Central de Regulação localizada no próprio município de São José dos Campos. O Ministério da Saúde, após vistorias entregou as ambulâncias para a efetivação do atendimento à população. O papel de organizador se deu com criação do CONSAVAP, conselho que estruturou o SAMU no Município. Houve também a contratação de Organização Social para gerir o atendimento, a contratação de profissionais etc.

Com relação aos resultados iniciais dos indicadores de desempenho operacional do SAMU, em São José dos Campos, esta pesquisa demonstrou que logo na entrada em operação do serviço, em setembro de 2014, foram efetivados em torno de 1110 atendimentos. Esta pesquisa também observou que parte dos atendimentos passam pelas UPAs 24h. Neste ponto, cabe também a Administração Municipal verificar o impacto desta nova demanda nas disponibilidades de atendimento e material nestas UPAs.

No que se diz respeito ao modelo de SAMU implementado em São José dos Campos, também se observou que há trabalho em conjunto com o Centro de Operações Integradas – COI. O SAMU possui também sistema unificado com Corpo de Bombeiros e Polícia Militar, sendo São José dos Campos, a primeira região do Estado de São Paulo a ter atendimento unificado. Percebe-se também que São José

dos Campos possui um modelo de estruturação de atendimento com o uso de helicóptero e tablets para a otimização do atendimento, bem como possui foco em certificação e comissões de ética que são pontos de apoio, visando o melhor atendimento ao usuário final.

Nesse sentido, este trabalho teve o objetivo atendido quanto à intenção de refletir sobre o processo de implantação do SAMU, em São Jose dos Campos, identificando os desafios e sucessos da estruturação do serviço prestado à população.

Sugere-se como trabalhos futuros, a análise do tempo-resposta, do SAMU, com procedimentos econométricos, considerando a distância dos atendimentos e a distâncias das bases descentralizadas e dos hospitais/UPAS as quais os pacientes são encaminhados. A partir, disso pode-se salientar que o presente trabalho atingiu seus objetivos.

REFERÊNCIAS

ANGELO, Maurício, Blog da Saúde, 2014, **São José dos Campos contará com Samu para atender a população** Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/34320-sao-jose-dos-campos-contara-com-samu-para-atender-a-populacao.html>. Acesso em: 05 de maio de 2018.

Beni, Eduardo, 2015, Piloto Policial, **SAMU já atendeu quase 10 mil em São José dos Campos** Disponível em: <https://www.pilotopolicial.com.br/samu-ja-atendeu-quase-10-mil-em-sao-jose-dos-campos/>. Acesso em: 20 junho de 2018.

BLOG DA SAÚDE - Ministério da Saúde, 2014. **São José dos Campos contará com Samu para atender a população.** Disponível em <http://www.blog.saude.gov.br/34320-sao-jose-dos-campos-contara-com-samu-para-atender-a-populacao.html>. Acesso em: 02 de maio de 2018.

BRASIL, 2013, Ministério da Saúde, **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde** Disponível em: (SUS)http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf Acesso em: 03 de maio de 2018.

_____,2014, Ministério da Saúde. **Programa Base Descentralizada.** Disponível em: <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/20/Programa-m--nimo-Base-Descentralizada--Layout-.pdf> **Acesso em: 21 junho de 2018**

CCR NOVA DUTRA, 2017 **Via Dutra recebe simulado de atendimento de emergência em São José dos Campos (SP).** Disponível em: <http://www.novadutra.com.br/noticias/via-dutra-recebe-simulado-de-atendimento-de-emergencia-em-sao-jose-dos-campos-sp?id=7555>. **Acesso em: 21 junho de 2018**

CORASSA, Rafael Bello et al. **Evolução da mortalidade por causas externas em Diamantina (MG), 2001 a 2012.** Cad. Saúde colet., Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 302-314, July 2017. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2017000300302&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 de maio de 2018.

EMPLASA - EMPRESA PAULISTA DE PLANEJAMENTO METROPOLITANO S/A, 2018, **Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte.** Disponível em: <https://www.emplasa.sp.gov.br/RMVPLN>. Acesso em: 08 de maio de 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar.** Rio de Janeiro: Record, 1997.

G1 2014 central de Operação do Samu e inaugurada em São José dos Campos. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2014/09/central-de-operacao-do-samu-e-inaugurada-em-sao-jose-dos-campos.html>. Acesso em: 04 de maio de 2018

_____, 2016 **Samu recebe 137 chamados falsos por dia em São José dos Campos**. Disponível em <http://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/2016/09/samu-recebe-137-chamados-falsos-por-dia-em-sao-jose-dos-campos.html>. Acesso em: 04 de maio de 2018

_____, 2017, **Criminosos furtam base do Samu no Campo dos Alemães em São José** Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/vale-do-paraiba-regiao/noticia/criminosos-furtam-base-do-samu-no-campo-dos-alemaes-em-sao-jose.ghtml> **Acesso em: 21 de junho de 2018.**

Jornal Ouvidor, 2018, **Ministério da Saúde Libera verba para o Samu** Disponível em: <http://jornalouvidor.com.br/noticia/ministerio-da-saude-libera-verba-para-samu/12437>. Acesso em: 20 de junho de 2018.

MACHADO, Cristiani Vieira; SALVADOR, Fernanda Gonçalves Ferreira; O'DWYER, Gisele. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: Análise da Política Brasileira**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 519-528, Junho 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000300010&lng=en&nrm=iso. **Acesso em: 12 de maio de 2018.**

MENDICELLI, Guilherme, 2017, **Serviços de Emergência terão Atendimento Integrado na Região do Alto Vale do Paraíba**. Disponível em: <http://www.jacarei.sp.gov.br/servicos-de-emergencia-terao-atendimento-integrado-na-regiao-do-alto-vale-do-paraiba/>. Acesso em: 20 junho de 2018.

MATO GROSSO, 2011, **Projeto de Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 100% no Estado de Mato Grosso**. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/7326. Acesso em: 03 de maio de 2018

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. **Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras**. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, n.8, pp.1877-1886. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800016>. Acesso em: 03 de maio de 2018

O'DWYER, Gisele et al. **Atenção Pré-hospitalar Móvel às Urgências: Análise de Implantação no Estado do Rio de Janeiro**, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 7, p. 2189-

2200, July 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000702189&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio de 2018

O'DWYER, Gisele, Konder, Mariana Teixeira, Reciputti, Luciano Pereira, Macedo, Cesar, & Lopes, Monica Guimarães Macau. (2017). **O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais**. Cadernos de Saúde Pública, 33(7), e00043716. Epub August 07, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00043716>. Acesso em: 13 maio de 2018

Prefeitura de São José dos Campos, 2013. **Definidos os locais das 7 bases do SAMU em São José dos Campos** Disponível em:

http://servicos2.sjc.sp.gov.br/noticias/noticia.aspx?noticia_id=14784. Acesso em 06 maio de 2018.

_____, 2014, **SAMU completa um mês de funcionamento em São José** Disponível em:

http://servicos2.sjc.sp.gov.br/secretarias/comunicacao/noticia.aspx?noticia_id=18404. Acesso em 06 de junho de 2018

_____, 2016a **Nova Central de Regulação do Samu é inédita em São Paulo** Disponível em

http://servicos2.sjc.sp.gov.br/noticias/noticia.aspx?noticia_id=24192. Acesso em 06 de junho de 2018

_____, 2016b. **SAMU de São José implanta comissões de ética** Disponível em:

http://servicos2.sjc.sp.gov.br/noticias/noticia.aspx?noticia_id=24226. Acesso em 06 junho de 2018.

_____, 2017. **A nova Central de Regulação do Samu e Inédita em São Paulo**. Disponível em:

<https://www.sjc.sp.gov.br/noticias-home/2017/dezembro/15-sexta/nova-central-de-regulacao-do-samu-e-inedita-em-sao-paulo/>. Acesso em: 06 de junho de 2018.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia Científica: a construção do conhecimento**. 3. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

GAIS, 2014, Grupo Técnico de Avaliação e Informações de Saúde Mortalidade por causas externas no Estado de São Paulo em 2014. Secretaria de Estado da Saúde, Disponível:

http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/gais-informa/gais_49_fevereiro_2016.pdf. Acesso em: 10 junho de 2018.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do Trabalho Científico**, 23 ed, São Paulo Cortez, 2007.

SILVESTRE, Alexandra Lunardon. **Avaliação da Estrutura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) de um município da região metropolitana de Curitiba**. Curitiba, 2016. 172 f.; il.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

SPDM 2015 **SAMU de São José dos Campos completa um ano atendendo mais de 14 mil ocorrências**. Disponível em: <https://www.spdm.org.br/saude/noticias/item/1902>. Acesso em: 20 de junho de 2018.