



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE

MARCOS AURÉLIO DA SILVA FONSECA

**SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA
PARA A GESTÃO**

Salvador (BA)

2012

MARCOS AURÉLIO DA SILVA FONSECA

**SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA
PARA A GESTÃO**

Produto tecnológico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA para a defesa do Mestrado Profissional com área de concentração em Gestão dos Sistemas de Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dra. Susan Martins Pereira

Salvador (BA)

2012

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

F676s Fonseca,

Marcos Aurélio da Silva.

Sala de situação de saúde: informação como ferramenta para a gestão / Marcos Aurélio da Silva Fonseca.-- Salvador: M.A.S.da Fonseca, 2016.

42 f.

Orientador(a): Profa. Dra. Susan Martins Pereira.

Dissertação (mestrado profissional) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Emergência. 2. Sala de Situação. 3. Indicadores de Saúde.
4. Informação em Saúde. I. Título.

CDU 614.2

MARCOS AURÉLIO DA SILVA FONSECA

**SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE: INFORMAÇÃO COMO FERRAMENTA
PARA A GESTÃO**

Produto tecnológico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA para a defesa do Mestrado Profissional com área de concentração em Gestão dos Sistemas de Saúde.

Aprovada em ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Susan Martins Pereira
Orientadora

Prof. Dr. Luis Eugênio Portela F. de Souza Membro
– ISC/UFBA

Prof. Dr. Juarez Pereira Dias
Membro - EBMSP

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, direta e indiretamente contribuíram de alguma forma na minha formação e no desenvolvimento deste trabalho.

A DEUS pela perseverança.

A minha esposa Grace por estar sempre ao meu lado, me incentivando especialmente nos momentos cruciais do mestrado.

Aos meus filhos Yago, Yanca e Yan por terem compreendido as minhas ausências.

Aos meus pais, princípio de tudo.

Um agradecimento especial à Professora Susan, minha orientadora, pela paciência.

Aos Professores Luis Eugênio e Juarez Dias, membros da banca, pela contribuição no exame de qualificação.

A arquiteta Suyane Queiróz pela elaboração do projeto arquitetônico.

Ao Bacharel em Ciências da Computação Genisson Fonseca pelo desenvolvimento do aplicativo.

RESUMO

As experiências de Sala de Situação em Saúde têm sido descritas como importante ferramenta de gestão, fornecendo informações para a análise das condições de saúde e das ações desenvolvidas, como também para a tomada de decisão. O presente projeto que tem como tema: “**Sala de situação de saúde: informação como ferramenta para a gestão**”. Traz como objetivo geral a elaboração do projeto da sala de situação das urgências em saúde no Município de Aracaju, e tem como objetivos específicos identificar fontes de dados disponíveis para a montagem da sala de situação do SAMU de Aracaju, propor os indicadores a serem implantados, o acompanhamento, sua periodicidade e descrever a estrutura (física, recursos humanos, fluxo da informação) necessária para a implantação da proposta. Trata-se de um projeto de intervenção, onde propomos a utilização das informações dos atendimentos realizados pelo SAMU 192 ARACAJU na elaboração da sala de situação e a divulgação das informações através da distribuição espacial nas regiões de saúde do Município de Aracaju.

DESCRITORES: Emergência; Urgência; Informação; Sala de Situação.

ABSTRACT

The experiences of Health Situation Room have been described as an important management tool, providing information for the analysis of health conditions and actions, but also for decision making. This project has as its theme: **"Room health status: information as a tool for management."** its general objective is to develop the project room of the emergency health situation in the city of Aracaju, and to identify the specific sources of data available for the assembly room of the emergency health situation, to propose the indicators to be deployed, and its regular monitoring and to describe the structure (physical, human resources, work processes, flows) required to implement the proposal. This is an intervention project, where we propose the use of information for services provided by the SAMU 192 ARACAJU in drafting the situation room and dissemination of information through the spatial distribution of the health regions of the city of Aracaju.

DESCRIPTORES: Emergency; Emergency Information; Situation Room.

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização para Internação Hospitalar
CAPS – Centro de Atenção Psico-social
CEPS – Centro de Educação Permanente da Saúde
CGDANT – Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis
CGUE – Coordenação Geral de Urgência e Emergência
CID – Classificação Internacional de Doenças
EMSURB – Empresa de Serviços Urbanos
EMURB – Empresa Municipal de Urbanismo
FBHC – Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
FNS – Fundo Nacional de Saúde
HUSE – Hospital de Urgências de Sergipe
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
OPAS – Organização Panamericana da Saúde
PNAU – Política Nacional de Atenção às Urgências
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SDSS – Sala de Situação em Saúde
SIA – Sistema Integrado de Alertas
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH/SIA – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIMIS – Sistema Municipal de Informações em Saúde
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SMTT – Superintendência Municipal de Transporte e Trânsito
SUDAM – Superintendência de Desenvolvimento da Amazônia
SUDENE – Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste
SUS – Sistema Único de Saúde
TARM – Técnico Auxiliar de Regulação Médica
UFS – Universidade Federal de Sergipe / USA – Unidade de Suporte Avançado
USB – Unidade de Suporte Básico / UVA – Unidade Vascular Avançada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Sistema Único de Saúde: criação e definição de políticas	10
1.2 Políticas específicas para a organização da atenção.....	12
1.3 Sistemas de informação em saúde.....	13
1.4 Sala de situação em saúde.....	14
1.5 Indicadores de saúde	15
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Geral.....	17
2.2 Específicos	17
3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	18
3.1 Município de implantação da proposta	18
3.2 Tipos de atendimentos realizados pelo SAMU.....	20
3.3 Indicadores em saúde propostos.....	21
3.4 Fontes de dados, análise e divulgação.....	25
3.5 Estrutura organizacional mínima	26
3.6 O processo de implantação da sala de situação.....	26
3.6.1 Infraestrutura necessária	27
3.6.2 Viabilidade econômica.....	29
3.6.3 Avaliação da sala de situação.....	29
4 CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICE A - Fluxograma proposto para obtenção da informações e disponibilização final.....	34
APÊNDICE B - Relação de equipamentos necessários.....	35
APÊNDICE C - Planilha de custos	36
APÊNDICE D - Cronograma de implantação da sala de situação.....	37
ANEXO A - Regiões de Saúde de Aracaju com a respectiva população.....	38
ANEXO B - Regiões de saúde de Aracaju com os respectivos bairros.....	39
ANEXO C - Planilha dos atendimentos do SAMU Aracaju.....	40
ANEXO D – Planta da sala de situação.....	42

1 INTRODUÇÃO

No último século, o Brasil apresentou mudanças significativas em seu padrão epidemiológico, como cita Carmo et al (2003), com alterações no perfil populacional e nas causas de morbi-mortalidade. Estas transformações caracterizam-se pelo aumento da vida média do brasileiro, passando de 45,5 anos na década de 40 para 72,8 em 2008 (IBGE, 2008), assim como uma redução das doenças infecciosas e parasitárias e crescimento da mortalidade por doenças circulatórias, seguidos pelas neoplasias e causas externas. Estas últimas são consideradas de acordo com a Classificação Internacional das Doenças (CID), como os agravos à saúde que causam morbidade ou mortalidade acidentais (acidentes de trânsito e de trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidente) ou intencionais (homicídios, suicídios e intervenções legais).

No país, as informações sobre morbidade hospitalar no período de 2000 a 2007, mostram a gravidez, o parto e o puerpério como as principais causas de internação, contribuindo com 23% das internações seguida pelas doenças do aparelho respiratório (15%), doenças do aparelho circulatório (10%), doenças do aparelho digestivo e infecto-parasitárias (9%) e as causas externas com 6%.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por expressivo impacto da mortalidade mundial, com 18 milhões de mortes por ano, sendo as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares responsáveis por 2/3 destes óbitos e aproximadamente 22%, se considerarmos todas as causas de óbitos (BRASIL, 2003).

No Brasil, 1/3 dos óbitos corresponde às doenças do aparelho circulatório, que compreendem um amplo espectro de síndromes clínicas, mas tem nas doenças relacionadas à aterosclerose a sua principal contribuição, manifestadas por doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e de vasos periféricos, com tendência a acometer indivíduos em idades mais precoces (BRASIL, 2006).

A região Nordeste acompanha o perfil de mortalidade proporcional das demais regiões do país, sendo as Doenças do Aparelho Circulatório responsáveis por 30% dos óbitos. As Causas Externas assumem a segunda causa de óbitos nas regiões Nordeste (14%), Norte (16%) e Centro-Oeste (17%) e as Neoplasias nas Regiões Sul (18%) e Sudeste (15%), as Doenças do Aparelho Respiratório aparecem como a quarta causa de óbitos em todas as regiões (DATASUS, 2008).

Entre 2000 a 2008, a morbidade hospitalar do estado Sergipe mostra que a gravidez, o parto e o puerpério ocupam a principal causa das internações com 349.312 (32%) hospitalizações, seguida pelas doenças do aparelho respiratório com 121.169 (11%), doenças do aparelho digestivo com 96.195 (9%), doenças infecto-parasitárias 96.408 (9%). As causas externas foram responsáveis por 76.357 (7%) internações hospitalares, enquanto que as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 70.750 (6%) hospitalizações. Quanto à mortalidade proporcional do mesmo período, no Estado de Sergipe, as doenças do aparelho circulatório ocupam a principal causa com 20.991 (28%) óbitos, seguida pelas causas externas com 11.749 (14%) e as neoplasias responsáveis com 9.132 (13%).

No período de 2008 a 2010, foram realizadas no Município de Aracaju 68.891 internações hospitalares, sendo a gravidez, parto e puerpério responsáveis por 23.508 (34%), as doenças do aparelho digestivo com 5.728 (8%), doenças do aparelho circulatório 5.233 (8%), causa externas 5.075 (7%) e as doenças do aparelho respiratório com 5.066 (7%), não sendo contabilizados os atendimentos nas urgências sem a necessidade de hospitalização e conseqüentemente não foi gerado Autorização para Internação Hospitalar – AIH (DATASUS, 2008). Quanto à mortalidade proporcional no Município de Aracaju, entre os anos de 2000 a 2009, observa-se que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por 6.913 óbitos (25%), neoplasias 4.036 (15%) e causas externas por 3.740 óbitos (14%).

1.1 Sistema Único de Saúde: criação e definição de políticas

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 define a saúde como sendo “*direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas...*” (BRASIL,1988), definição ratificada pelo artigo 197 que descreve ser “*de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle...*”(BRASIL,1988).

As diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde - SUS são descritas no artigo 198:

As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e

constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Menicucci (2009) considera a criação do SUS inovadora, por dar início a uma nova ordem social, baseada nos princípios da universalidade, igualdade, integralidade, respaldado pelo controle social e organizado sob as diretrizes da descentralização. Configura-se como o principal comprador de serviços de saúde, compondo um sistema misto com os serviços contratados por operadoras de seguros privados para seus beneficiários e aqueles pagos por desembolso direto (RIBEIRO, 2009).

Foram vários os avanços dos últimos 20 anos, como mostram os dados epidemiológicos, sobre distribuição de infraestrutura de serviços, de cobertura, de acesso, dentre vários outros. De acordo com os dados do Ministério da Saúde (MS), são realizados em média, por ano, 1,4 milhão de procedimentos ambulatoriais, 44 milhões de consultas especializadas e 250 milhões de consultas básicas, por uma rede composta por algo em torno de 5,8 mil hospitais porém mal distribuídos territorialmente, sessenta mil unidades ambulatoriais e quinhentos mil leitos (FARIAS, 2011). Segundo Paim (2011), uma em cada cinco hospitalizações do SUS ocorre em hospitais de municípios diferentes daqueles onde o paciente reside, ressalta ainda que os habitantes de municípios mais pobres possuem menos possibilidades de hospitalização que os habitantes de municípios mais ricos, necessitando de uma política de regionalização como também de modificação dos modelos de cuidado de forma a reduzir as desigualdades de acesso.

No entanto, esses avanços não foram uniformes como mostram outros dados referentes à equidade, à integralidade do acesso, à regulação do setor privado da saúde, ao financiamento (COHN, 2009). A oferta de serviço da rede pública de saúde é composta principalmente por unidades de atenção básica e serviços de emergência, caracterizando a falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar. Como consequência, o atendimento de emergência passa a ser uma das principais formas de acesso aos serviços públicos de saúde (O'DWYER, 2009).

Segundo O'Dwyer (2009) os serviços de emergência no Brasil são utilizados de forma inadequada. Uma parcela significativa dos usuários, cerca de 65%, deveria ser atendida na rede ambulatorial, sendo um dos fatores do acúmulo de pacientes nos

serviços de urgência. Em torno de 36% destes pacientes não faz acompanhamento ambulatorial após o atendimento nas urgências, pela dificuldade de acesso a este tipo de serviço e pela inexistência de um sistema de informação integrado entre a urgência e a rede ambulatorial. Reforça ainda ser de extrema importância a organização dos serviços de urgência, pois produz reflexos em toda a rede de atenção à saúde.

1.2 Políticas específicas para a organização da atenção

O crescente aumento na morbi-mortalidade por causas externas, no Brasil, motivou o desenvolvimento e aprovação da Portaria n.º 737/GM de 16 de maio de 2001 que cria a Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências, mediante o estabelecimento de um conjunto de ações articuladas e sistematizadas com órgãos e entidades, que se relacionem com o tema objeto da política (BRASIL, 2001). Diante desse quadro, o Ministério da Saúde criou em 2003 a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis - CGDANT. Sua principal missão consistia na implantação da vigilância das Doenças e Agravos não Transmissíveis em todas as esferas do sistema de saúde, com as ações centradas no monitoramento das doenças, vigilância integrada dos fatores de risco e proteção, indução de ações de prevenção e controle e de promoção da saúde, monitoramento e avaliação das intervenções (MALTA, 2006).

O Ministério da Saúde, a partir da Portaria GM n.º 1863, em 2003, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências - PNAU, que tem como um de seus componentes o atendimento pré-hospitalar móvel, e a Portaria GM n.º 1864 que oficializa a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2004).

O SAMU propõe um modelo de assistência padronizado, capaz de acolher a clientela, prestando o atendimento e redirecionando para locais adequados à continuidade do tratamento. É o elemento regulador e orientador dos sistemas de urgências, qualificando o fluxo dos pacientes, já que historicamente o nível de resposta do sistema de saúde brasileiro às urgências e emergências tem demonstrado ser insuficiente com conseqüente superlotação das portas dos hospitais e pronto-socorros, mesmo quando a doença ou quadro clínico não caracteriza um atendimento de

emergência ou urgência. Nesse sentido, o SAMU através das centrais de regulação médica, passa a desenvolver importante papel como observatório das urgências, e com potencial de fornecer informações para a tomada de decisões gestoras.

1.3 Sistemas de informação em saúde

A informação em saúde constitui uma ferramenta essencial, contribuindo como fator de subsídio e tomada de decisões. Nos últimos anos, os sistemas de informação em saúde no Brasil tiveram um crescimento acelerado especialmente com a implementação do SUS, um trabalho coletivo de construção e esforço da União, estados e municípios (BRASIL, 2005).

Os serviços de saúde no Brasil produzem dados que alimentam vários sistemas de informação criados por necessidades específicas, e que resultam em bases de dados independentes, volumosas e heterogêneas em qualidade e cobertura, refletindo condições socioeconômicas, administrativas e técnico-operacionais em cada instância de gestão (JÚNIOR, 2006). Entende-se como sistema de informação “*conjunto de unidades de produção, análise e divulgação de dados, que atuam integrada e articuladamente, com o propósito de atender às demandas, para o qual foi concebido*” (BRASIL, 2009).

Na concepção do SUS, um dos objetivos básicos do Sistema de Informação em Saúde - SIS é possibilitar a análise da situação de saúde no nível local, tomando como referencial micro-regiões homogêneas e considerando, necessariamente, as condições de vida da população na determinação do processo saúde-doença (BRASIL, 2009). O desempenho dos sistemas de informação em saúde depende da qualidade das informações geradas que alimentam os sistemas. Como um dos principais desafios, encontra-se a democratização da informação em saúde que reflitam a melhoria de sua qualidade (BRASIL, 2005).

O processo de construção e de implantação do SUS evidencia a importância da informação para o planejamento, execução e avaliação das ações em todas as instâncias governamentais, nesse sentido a gestão em saúde requer a tomada de decisões de alta responsabilidade e relevância social. O gestor é, antes de tudo, um tomador decisão, a informação corresponde à matéria prima para a realização desse processo (BRANCO, 2001).

Tradicionalmente, a produção e a utilização da informação em saúde no Brasil foram realizadas pelos governos federal e estadual. Por sua vez, os municípios necessitam das informações que permitam fornecer subsídios necessários ao delineamento de políticas de saúde.

As informações em saúde referem-se ao processo saúde/doença, condições de vida, bem como a informações de cunho administrativo, e possibilitam o conhecimento ampliado da realidade sanitária de uma população através da identificação de problemas individuais e coletivos (BRANCO, 2001).

A regulação médica das urgências produz informações que proporcionam um conhecimento do perfil epidemiológico através da análise dos atendimentos, sua distribuição no tempo e no espaço, bem como a resposta que os serviços de urgência produzem a estas solicitações, respaldando desta forma a tomada de decisão.

1.4 Indicadores de saúde

Júnior (2007) ressalta a importância da utilização da informação e de indicadores em saúde como ferramenta para a avaliação de sistemas, serviços, programas e ações em saúde, bem como a mensuração do poder de competitividade das organizações.

Os indicadores de saúde facilitam a quantificação e a análise das informações, são relevantes sobre diversos aspectos como instrumento de avaliação do estado e empenho dos sistemas de saúde. Podem ser avaliados em conjunto para refletir a situação sanitária de uma população e servir como ferramenta na vigilância das condições de saúde.

O desenvolvimento de um indicador pode variar desde uma simples contagem de casos de uma determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices (BRASIL, 2008). Os indicadores medem inúmeros aspectos, entre eles os relativos ao meio ambiente, estrutura, processos e resultados.

Os indicadores de meio ambiente relacionam-se com as condições de saúde de uma determinada população e os fatores que interferem nesta condição (demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos e existência ou não de estabelecimentos de assistência à saúde). Indicadores de estrutura referem-se a parte física e funcional de uma instituição (funcionários, referem-se a parte física e funcional de uma instituição (funcionários, instrumentais, equipamentos,

móveis, organização), os de processo estão ligados ao cuidado desenvolvido e finalmente os de resultado referem-se ao efeito das ações de todos os indicadores (BITTAR, 2001).

1.5 Sala de situação em saúde

Na saúde, a sala de situação:

“Configura-se como uma ferramenta essencial para as respostas em emergência de saúde pública, por ser um espaço para disponibilização de dados, discussão e produção de informações, fornecendo subsídios para a atuação dos atores envolvidos em determinados eventos, bem como a sua comunicação ” (MOYA, 2010).

Os dados de atendimentos das urgências e emergência devem ser utilizados para elaboração de uma linha de base descritiva dos serviços de saúde e do perfil epidemiológico. A valorização da análise destes dados pode aportar novos subsídios para o planejamento e avaliação das ações, a localização dos serviços de saúde e dos riscos ambientais (CABRAL, 2008).

Matus *apud* Moya, refere-se à sala de situação em saúde – SDSS como sendo um “espaço físico, onde um grupo de pessoas analisa e discute uma determinada situação.” Compreendida também como uma ferramenta que produz informações, retratando uma realidade em um determinado tempo/espaço e favorecendo a tomada de decisões, dessa forma servindo como um instrumento para o planejamento e avaliação das ações governamentais (MOYA, 2010).

Também pode ser definida como um espaço virtual onde as informações são geradas e analisadas por técnicos e posteriormente servem de instrumentos para subsidiar as decisões gestoras. Bueno (2010) considera a SDSS como um “conjunto de planilhas e gráficos onde as informações de diversas fontes são convergidas, permitindo conhecer a situação de saúde, as necessidades, demandas e ofertas de serviços de saúde bem como o resultado das ações instituídas.” O conceito tem origem militar, surgiu com a finalidade de acompanhar e avaliar situações de risco, sendo chamada também de sala de guerra.

As primeiras experiências no Brasil ocorreram a partir da criação da Assessoria Técnico Gerencial, na gestão do então Ministro Henrique Santillo, cujo objetivo era

concentrar dados e publicizá-los em forma de painéis e gráficos. Os municípios de Campina Grande (PB) e Petrolina (PE) foram os pioneiros na criação das primeiras salas de situação em dezembro de 1994 e sendo o município de Caruaru (PE) o primeiro a disponibilizar em sua *home page* as informações produzidas pela sala de situação (BUENO, 2010). Destaca-se a experiência do estado do Paraná quando da implantação da sala de situação em Foz de Iguaçu em 1999 que contou com técnicos dos Ministérios da Saúde da Argentina, Paraguai e Uruguai.

Nos anos 90, existem relatos de experiência na utilização dessa ferramenta na Nicarágua. A partir de então a OPAS passa a discutir o tema sala de situação em saúde, em 2000 em Santo Domingo, 2002 em Brasília e 2007 na “*Reunión regional sobre el nuevo Reglamento Sanitario Internacional e Intercambio de Experiencias sobre Salas de Situación de Salud*” na cidade do México, e em 2009 no Brasil, onde foi apresentado em seminário na sede da OPAS, experiências nacionais sobre salas de situação, observatórios de saúde e painéis de informação em saúde.

Espinal (2005) descreve também como experiência similar às salas de situação de saúde no Brasil, a implantação na Andalucia (Espanha) do Sistema Integrado de Alertas (SIA) dirigido a situações que necessitem de coordenação e intervenção multisetorial como contaminação ambiental, riscos de desastres naturais, incêndios, incidentes envolvendo transporte de cargas perigosas, incidentes em indústrias químicas e com material radioativo.

Desta forma, torna-se oportuna a criação da sala de situação da urgência no Município de Aracaju, que apresentou avanços nessa área a partir do funcionamento do SAMU. Entendemos que a criação desta sala no município de Aracaju com base nos dados de seus atendimentos, propicia a elaboração de relatórios com a devida análise espacial das ocorrências por região de saúde, permitindo o melhor entendimento das ocorrências, servindo como importante instrumento, subsidiando a gestão na tomada de decisões.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Elaborar projeto de implantação da sala de situação do SAMU no Município de Aracaju

2.2 Específicos

- Identificar fontes de dados disponíveis para a alimentação da sala de situação do SAMU em Aracaju.

- Propor indicadores a serem implantados.

- Descrever a infra-estrutura (física, recursos humanos, fluxo das informações) necessária para a implantação da proposta.

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A sala de situação de saúde pode ser definida como uma ferramenta que utiliza as informações em saúde para a tomada de decisão. Trata-se de proposta de trabalho que tem como um dos objetivos, facilitar a tarefa de gerar e analisar as informações sanitárias a partir da consolidação de dados, e vinculá-las à gestão de governo em saúde (MOYA, 2010).

Para Moraes (2010), a SDSS possibilita duas situações: pode ser inovadora e contribuir para o processo de decisão em saúde ou apenas permanecer como uma vitrine composta por gráficos e planilhas e tornar-se estéril, sem a devida utilização das informações geradas no planejamento e na tomada de decisões. A escolha de uma das situações reflete o compromisso e o valor que os gestores em saúde conferem as informações, vai além de apoiar os processos decisórios, serve como subsídios de análise das ações implementadas, possibilitando inclusive um controle da sociedade sobre os resultados obtidos a partir da democratização das informações, assumindo uma amplitude e não se limitando apenas a um campo de utilização de tecnologia de informação em saúde.

Os primeiros contatos da tecnologia de informação com a área da saúde foram realizados em 1950, mas ainda existem muitas dificuldades de acesso à informação, pois usuários mais importantes são os profissionais que atuam na ponta do sistema e o cidadão. Sugai (2010) ressalta que a saúde não prioriza o investimento em tecnologia da informação.

Nesse sentido a criação das salas de situação em saúde pressupõe o investimento em tecnologia da informação, com a finalidade de disponibilizar dados epidemiológicos e indicadores.

3.1 Município de implantação

A área de implantação será o município de Aracaju, atualmente com cerca de 571.000 habitantes, distribuídos em um território de 181 Km² segundo dados do IBGE (2010), localizado no litoral do estado. Como modelo de atenção à saúde segue o padrão

funcional, estruturado no entrelaçamento de 5 redes de atenção direta aos usuários do sistema: Atenção Primária, Especializada, Urgência e Emergência, Psico-social e Hospitalar. Administrativamente dividido em 8 regiões de saúde (ANEXOS A e B), possui 43 Unidades de Saúde da Família com 129 equipes de saúde da família com cobertura de 92% de sua área populacional, 6 Centros de Especialidades, 2 Hospitais Municipais localizados nas regiões norte e sul, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, 6 Centros de Atenção Psico-social - CAPS.

A atenção hospitalar é composta por prestadores públicos e privados, denominada de hospital horizontal, que atuam dentro de perfil histórico de forma não competitiva. Em 2009, a rede hospitalar de Aracaju possuía 2.306 leitos, sendo 623 públicos e 1.683 da rede privada, destes 1.312 em estabelecimentos conveniados SUS. Aracaju possui 18 estabelecimentos de saúde com atendimentos de emergência, sendo o atendimento pediátrico realizado em 11, clínica médica em 9, obstétrico em 5, ortopedia em 8, clínica cirúrgica em 7 e atendimento psiquiátrico de emergência em 4 estabelecimentos de saúde (IBGE, 2009).

O atendimento de alta complexidade das urgências traumáticas encontra-se no Hospital de Urgência de Sergipe (HUSE), hospital estadual, referência também para diversas especialidades médicas. A atenção cardiológica de alta complexidade referência da rede SUS, é realizada na Unidade Vascular Avançada - UVA, localizada na Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia – FBHC, hospital de caráter filantrópico, que compõe o hospital horizontal e oferece atendimento regulado em neurocirurgia, cardiologia, cirurgia cardíaca, cardiologia intervencionista, ortopedia, cirurgia vascular, cirurgia torácica e clínica médica.

A Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju possui em sua estrutura organizacional o Sistema Municipal de Informação – SIMIS que funciona de forma incipiente, consta de dados referentes a o SIM, SINASC, SIAB e realiza interface com SIH/SIA e SINAN.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 ARACAJU foi inaugurado no dia 08 de Julho de 2002, através da Lei Municipal Nº. 2.988 de 14 de janeiro de 2002, Decreto Nº 051 de 21 de fevereiro de 2002, da Prefeitura Municipal de Aracaju. É o componente pré-hospitalar móvel da Rede de Urgência do Município de Aracaju, operacionaliza suas ações diárias com 06 Unidades Suporte Básico – USB e 02 Unidades de Suporte Avançado – USA e sua área de atuação abrange exclusivamente o município de Aracaju. A partir da solicitação, a regulação médica identifica as

necessidades respaldadas pelas informações prestadas e define que tipo de atendimento será prestado, seja por USB ou USA.

Entre os anos de 2009-2010, o SAMU Aracaju realizou 71.448 atendimentos, sendo 37.749 atendimentos de clínica médica (53%), 18.205 causas externas (25%), 6.211 atendimentos psiquiátricos (9%), 4.788 atendimentos pediátricos (7%) e 4.495 atendimentos obstétricos (6%). Durante o mesmo período ocorreram 926 óbitos em atendimento sem que houvesse a descrição da causa.

3.2 - Tipos de atendimentos realizados pelo SAMU

O SAMU Aracaju produz relatório mensal dos atendimentos realizados em formato de planilhas (ANEXO C), sendo categorizadas por tipo de atendimento, e enviadas a Coordenação Geral de Urgência e Emergência – CGUE do Ministério da Saúde, sem que os dados sejam analisados em sua distribuição geográfica e tendências na linha do tempo, bem como não são disponibilizados para acesso ao público na *home page* da Prefeitura Municipal de Aracaju. Além de informações quanto a categorização dos atendimentos, o relatório dispõe de dados referentes às transferências realizadas, destino dos pacientes atendidos, motivos das saídas das ambulâncias que não geraram atendimento, óbitos e total de saídas de USB e de USA. Para a categorização dos tipos de atendimento, observou-se a frequência com que estes aconteciam, sendo que os atendimentos psiquiátricos não sofrem categorização. Os tipos de atendimentos estão descritos a seguir:

- **Atendimento clínico adulto:** dor torácica/precordial, hipertensão arterial, cefaléia, crise convulsiva, intoxicação exógena, afogamento, dispnéia, dor abdominal, desmaio/síncope, hipoglicemia e outros.

- **Atendimento pediátrico:** febre, vômitos, diarreia/desidratação, crise convulsiva, dispnéia, dor abdominal, intoxicação exógena e outros.

- **Atendimento por causas externas:** atropelamentos, colisão, capotamento, queda de moto, queda de bicicletas, ferimento por arma de fogo e por arma branca, espancamento, queda, queimaduras e outros.

- **Atendimento obstétrico:** trabalho de parto, abortamento, amniorrexe prematura, doença hipertensiva específica da gestação.

3.3 Indicadores em saúde propostos

Indicadores em saúde são instrumentos valiosos para a gestão por possibilitar a avaliação da situação de saúde, se gerados de forma regular. Produzem evidências sobre a situação sanitária e as tendências, grupos humanos com maiores necessidades de saúde, estratificam o risco epidemiológico e identificam áreas críticas (BRASIL, 2008).

Com a criação da sala de situação das urgências no Município de Aracaju, propomos a utilização dos indicadores abaixo descritos como processo de avaliação das ações em saúde desenvolvidas e instrumento para a tomada de decisões: indicadores de risco propostos (QUADRO 1), indicadores de produção propostos (QUADRO 2), categorização de atendimento por faixa etária (QUADRO 3) e categorização de atendimento por período (QUADRO 4). Para uma análise ainda mais criteriosa, ressaltamos a necessidade de categorizar os indicadores de risco por gênero. Será utilizada a potência de 100.000 para o resultado final dos indicadores de risco.

Quadro 1: Indicadores de risco propostos

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Taxa de mortalidade específica por causas externas por região de saúde – atropelamento	Nº de óbitos por causas externas - atropelamento	População da região de saúde
Taxa de mortalidade específica por causas externas por região de saúde – acidentes automobilísticos/colisão	Nº de óbitos por causas externas - acidentes automobilísticos/colisão	População da região de saúde
Taxa de mortalidade específica por causas externas por região de saúde – acidentes automobilísticos/capotamento	Nº de óbitos por causas externas – acidentes automobilísticos/capotamento	População da região de saúde
Taxa de mortalidade específica por causas externas por região de saúde – acidentes motociclísticos	Nº de óbitos por causas externas – acidentes motociclísticos	População da região de saúde
Taxa de mortalidade específica por causas externas por região de saúde – queda de bicicleta	Nº de óbitos por causas externas – queda de bicicleta	População da região de saúde
Taxa de mortalidade específica por causas externas por região de saúde – ferimento por arma de fogo - FAF	Nº de óbitos por causas externas - FAF	População da região de saúde
Taxa de mortalidade específica por causas externas por região de saúde – ferimento por arma branca - FAB	Nº de óbitos por causas externas - FAB	População da região de saúde
Taxa de mortalidade específica por causas externas por região de saúde – espancamento	Nº de óbitos por causas externas - espancamento	População da região de saúde
Taxa de mortalidade específica por causas externas por região de saúde – queimaduras	Nº de óbitos por causas externas - queimaduras	População da região de saúde

Fonte: Instrumento da pesquisa. Aracaju (SE), 2012.

Quadro 2: Indicadores de produção propostos

INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Percentual de atendimento por causas externas – colisão automobilística por região de saúde	Nº de atendimentos por colisão automobilística por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas externas – capotamento por região de saúde	Nº de atendimentos por capotamento por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas externas – atropelamento por região de saúde	Nº de atendimentos por atropelamento por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas externas – queda de moto por região de saúde	Nº de atendimentos por queda de moto por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas externas – queda de bicicleta por região de saúde	Nº de atendimentos por queda de bicicleta por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas externas – ferimento por arma de fogo por região de saúde	Nº de atendimentos por ferimento por arma de fogo por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas externas – ferimento por arma branca por região de saúde	Nº de atendimentos por ferimento por arma branca por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas externas – espancamento por região de saúde	Nº de atendimentos por espancamento por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas externas – queimadura por região de saúde	Nº de atendimentos por queimadura por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas externas – outros por região de saúde	Nº de atendimentos – outros por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas clínicas – dor torácica por região de saúde	Nº de atendimentos por dor torácica por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas clínicas – hipertensão arterial por região de saúde	Nº de atendimentos por hipertensão arterial por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde

Percentual de atendimento por causas clínicas – dispnéia por região de saúde	Nº de atendimentos por dispnéia por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas clínicas – crise convulsiva por região de saúde	Nº de atendimentos por crise convulsiva por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas clínicas – dor abdominal por região de saúde	Nº de atendimentos por dor abdominal por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas clínicas – cefaléia por região de saúde	Nº de atendimentos por cefaléia por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas clínicas – intoxicação exógena por região de saúde	Nº de atendimentos por intoxicação exógena por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas clínicas – síncope por região de saúde	Nº de atendimentos por síncope por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas clínicas – hipoglicemia por região de saúde	Nº de atendimentos por hipoglicemia por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde
Percentual de atendimento por causas clínicas – outros	Nº de atendimentos – outros por região de saúde	Nº total de atendimentos por região de saúde

Fonte: Instrumento da pesquisa. Aracaju (SE), 2012.

Quadro 3: Categorias de atendimento por faixa etária

FAIXA ETÁRIA
0 a 09 anos e 11 meses
10 anos a 19 anos e 11 meses
20 anos a 29 anos e 11 meses
30 anos a 39 anos e 11 meses
40 anos a 49 anos e 11 meses
50 anos a 59 anos e 11 meses
60 anos a 69 anos e 11 meses
Acima de 70 anos

Fonte: Instrumento da pesquisa. Aracaju (SE), 2012.

Quadro 4 : Categorização de atendimento por período

PERÍODO
07:01 a 09:59
10:00 a 12:59
13:00 a 15:59
16:00 a 18:59
19:00 a 21:59
22:00 a 0:59
01:00 a 06:59

Fonte: Instrumento da pesquisa. Aracaju (SE), 2012.

3.4 Fontes de dados, análise e divulgação

No Brasil, alguns SAMU disponibilizam os dados em formato de tabelas para acesso livre seja na *web page* do próprio serviço ou em links de *sites* das secretarias de saúde (estadual e municipal), alguns com dados dos atendimentos realizados tabelados por região e por período, porém nem sempre adequadamente tabulados que permita assim a sua compreensão.

A proposta de organização da sala de situação do SAMU no Município de Aracaju tem como um dos objetivos a disponibilização de dados epidemiológicos referentes aos atendimentos realizados pelo SAMU estruturados em dois eixos: análise espacial e tendências, tendo ainda como proposta à realização de estudos analíticos referentes aos atendimentos realizados pelo SAMU Aracaju.

Para a visualização espacial dos dados de atendimento das causas externas, propomos ainda o geo-referenciamento com a identificação da latitude e longitude através da utilização de GPS, permitindo assim a elaboração de mapas de risco dos atendimentos.

O processo de trabalho estará organizado em um ciclo, composto por: coleta de dados utilizando como fonte as fichas de atendimento realizados pelo SAMU, tratamento dos dados utilizando *excel* como programa para elaboração das planilhas, análise de dados a partir da categorização por tipo de ocorrências e distribuição espacial

das mesmas nas regiões de saúde de Aracaju, produção e disseminação da informação realizado pelo núcleo técnico e discussão, monitoramento e avaliação sob responsabilidade do núcleo consultivo, obedecendo uma periodicidade mensal em sua análise e disseminação (ANEXO C).

Quanto à divulgação, propomos a utilização da *home page* da Prefeitura Municipal de Aracaju e como recurso tecnológico da informação, o aplicativo em linguagem *flash* que permite a visualização geográfica das informações

3.5 Estrutura organizacional mínima

Partindo do princípio da necessidade de resgatar a importância da utilização da informação para a tomada de decisão entre os atores que compõem a gestão da saúde, propomos uma estrutura operacional mínima da sala de situação (APÊNDICE A.):

- **Núcleo Deliberativo** - constituído pelo Secretário Municipal e Diretor de Saúde, tendo como o grande desafio dar legitimidade a iniciativa bem como manter um diálogo permanente com outros órgãos e construir parcerias para a tomada de decisões.

- **Núcleo Consultivo** - constituído pelos coordenadores das Redes de Atenção Básica, Rede de Urgência e Emergência, Rede Hospitalar, Sistema de Informação Municipal em Saúde - SIMIS e Núcleo de Planejamento, responsáveis pela implementação e execução das ações de intervenção.

- **Núcleo Técnico** – um profissional especialista em Saúde Coletiva, dois profissionais com formação em Tecnologia da Informação e um administrativo, que ficarão responsáveis pelo funcionamento da sala de situação, alimentar o painel e realizar as devidas análises dos dados.

3.6 O processo de implantação da sala de situação

Durante o processo de elaboração da proposta, foram realizadas reuniões com os coordenadores da Rede de Urgência e do Sistema de Informação Municipal em Saúde - SIMIS da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, onde foi apresentada a proposta,

discutida a sua importância e a viabilidade. A opinião dos coordenadores destes dois setores foi unânime no que diz respeito à viabilidade técnica do projeto.

A implantação da sala de situação baseia-se na avaliação do projeto com foco em sua viabilidade técnica e econômica, bem como a avaliação de sua implantação no que se refere aos resultados obtidos como destacamos a seguir.

3.6.1 Infra-estrutura necessária

A sala de situação pode ser definida como sendo um espaço, virtual ou fisicamente localizado, onde gráficos e tabelas são elaborados, analisados e discutidos.

Propomos que, no Município de Aracaju, a sala de situação da urgência localize-se fisicamente em local privilegiado, onde o acesso dos gestores (Secretário Municipal de Saúde, Diretor de Saúde, Coordenadores de Redes Assistenciais, SIMIS e do Núcleo de Planejamento da SMS) esteja facilitado (ANEXO D). Será necessária a aquisição de equipamentos que auxiliem e facilitem o desenvolvimento das atividades da sala de situação (APÊNDICE B).

A presença dos equipamentos de certo facilita as atividades da sala de situação, porém a qualificação das ações passa necessariamente pelos recursos humanos responsáveis pelo seu desenvolvimento, portanto pensamos a sua composição por profissional de nível superior com especialização em Saúde Coletiva, profissional em Tecnologia da Informação (TI) e administrativo como descrito abaixo (QUADRO 5):

Quadro 5: Relação dos profissionais necessários para o funcionamento da sala de situação.

CATEGORIA PROFISSIONAL	ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA
Especialista em Saúde Coletiva	- Realizar análise dos atendimentos com a sua distribuição espacial. - Apresentar os resultados mensais obtidos pela sala de situação. - Propor medidas de intervenção.	02	30 horas semanais
Profissional em TI	- Alimentar a sala de situação com as informações dos atendimentos realizados pelo SAMU. - Manter o aplicativo da sala de situação em pleno funcionamento.	02	30 horas semanais
Administrativo	- Arquivar documentos recebidos. - Digitar e encaminhar outros. - Realizar pedido de insumos. - Manter a organização da sala de situação. - Agendar reuniões.	01	40 horas semanais

Fonte: Instrumento da pesquisa. Aracaju (SE), 2012.

Como parte do processo de apropriação da sala de situação pelos trabalhadores e compreensão de sua importância, propomos a realização de oficinas de capacitação com os trabalhadores da rede de urgência enfocando alguns temas:

- **CONTEÚDO:** Conceitualização: dado, informação, epidemiologia, sala de situação.

Apresentação de experiências de salas de situação no Brasil.

Transformando o dado em informação: a importância do preenchimento correto a ficha de regulação médica de urgência.

Informação como ferramenta para a tomada de decisão.

CLIENTELA: Médicos intervencionista e reguladores do SAMU; Técnicos e auxiliares de enfermagem do SAMU; Técnicos auxiliares de regulação médica – TARM.

- **CARGA HORÁRIA:** 4 horas.

3.6.2 Viabilidade econômica

O Fundo Nacional de Saúde mantém linha de financiamento para projetos que atendam as diretrizes estabelecidas no *Manual de Cooperação Técnica e Financeira por Meio de Convênios de 2008*, sendo o projeto da sala de situação das urgências um potente instrumento que possibilita a análise da condição de saúde a partir das informações geradas, produz subsídios para o planejamento estratégico, tomada de decisões e análise das ações implementadas, fortalece a gestão das urgências bem como proporciona a democratização da informação, propomos a elaboração do projeto e envio ao Fundo Nacional de Saúde – FNS (APÊNDICES C e D).

Em seu capítulo 2 – Orientações Estratégicas, item 2.2.1 referente a contrapartida, o *Manual de Cooperação Técnica e Financeira por Meio de Convênios de 2008* define como responsabilidade dos Municípios das áreas PNDR, SUDENE e SUDAM e na Região Centro-Oeste o percentual equivalente mínimo de 5% e máximo de 10%, devendo-se observar a entre outros pontos a verificação da sustentabilidade do projeto, o custo- efetividade e o impacto sobre a cobertura e a integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2008).

Quanto à manutenção do funcionamento da sala de situação, cabe ao Município de Aracaju mensurar o retorno político do projeto diante ao investimento financeiro, uma vez que trata-se de algo inovador.

3.6.3 Avaliação da sala de situação

O processo de funcionamento da sala de situação ocorrerá de forma dinâmica, onde os dados gerados serão tratados, analisados e disponibilizados. Portanto, entendemos que a avaliação deverá ser mensal a partir da análise das ocorrências, propomos que trimestralmente os núcleos técnico, consultivo e deliberativo realizem uma oficina envolvendo outros setores da SMS e órgãos públicos (Secretaria de Segurança Pública, Superintendência Municipal de Transporte e Transito – SMTT, Empresa de Serviços Urbanos - EMSURB, Empresa Municipal de Urbanismo – EMURB, Universidade Federal de Sergipe - UFS) que poderão contribuir na avaliação

das informações produzidas. Desta forma, já com a análise das tendências das ocorrências, serão discutidas a viabilidade da implantação e implementação de ações que necessitem do apoio de outras instâncias fora da Secretaria Municipal de Saúde, ao mesmo tempo em que serão divulgadas e avaliadas as ações efetivadas pela SMS.

Esperamos alcançar ao final de um ano alguns objetivos que permearão o processo de avaliação da implantação da SSDS:

- A estrutura projetada para a sala de situação está sendo capaz de produzir as informações inerentes a esta?

- Existe regularidade mensal na análise e divulgação dos dados?

- A utilização das estratégias de divulgação dos dados e das ações está sendo eficaz?

- As reuniões entre os núcleos técnico, deliberativo e consultivo bem como das oficinas envolvendo os órgãos governamentais estão ocorrendo de forma efetiva?

- Quantas foram as ações implantadas respaldadas pelas informações da sala de situação da urgência?

- Quais os indicadores existentes para o acompanhamento das ações implantadas a partir da efetivação das ações?

- Qual o custo envolvido na manutenção da sala de situação?

Entendemos que a resposta a estes questionamentos servirão para analisar se os objetivos da sala de situação estão sendo alcançados e se existe a necessidade de repensar suas ações e estratégias.

4 CONCLUSÃO

Vários são os fatores que justificam a implantação da sala de situação do SAMU no Município de Aracaju, onde observamos inúmeros avanços na gestão da saúde nestes últimos 08 anos: habilitação em gestão plena do sistema, modelo assistencial conformado por redes de atenção à saúde, fortalecimento da estratégia de saúde da família com a ampliação da cobertura, criação do Centro de Educação Permanente da Saúde – CEPS, ampliação e reforma da rede física dos equipamentos de saúde, criação do SAMU que se tornou o início do processo de constituição da rede de atenção às urgências em Aracaju. Machado (2010) ressalta que vários são os dados produzidos pelo SAMU nos diversos estados e municípios sem que estes sejam consolidados e transformados em análise do perfil dos atendimentos realizados.

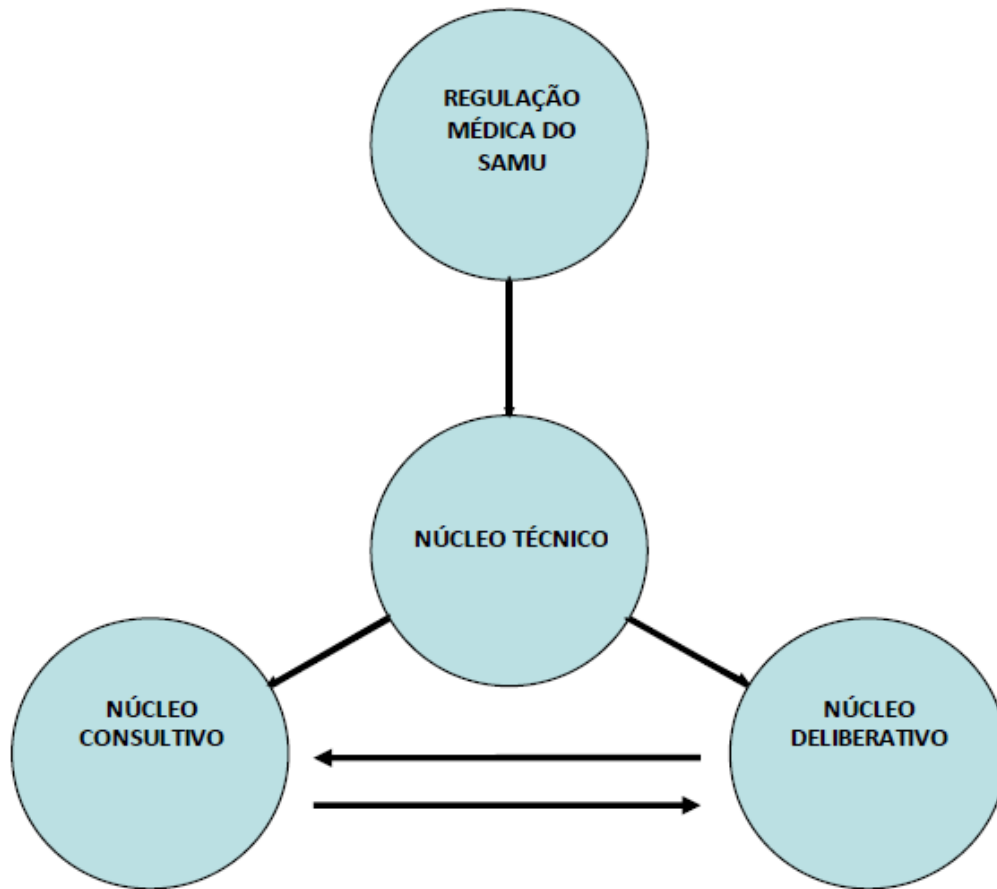
Os avanços podem ser maiores com a constituição da sala de situação, pois poucos são os Serviços de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil que transformam seus dados em informação, apesar das centrais de regulação médica das urgências serem um potente observatório de saúde. O Município de Aracaju poderia não ser o pioneiro na disponibilização de dados referentes aos atendimentos do SAMU, pois hoje percebemos que já existem serviços tomando esta iniciativa, porém sem a utilização de ferramentas que favoreçam o geo-referenciamento das ocorrências. O grande avanço ocorreria a partir da democratização das informações através da disseminação e publicização destas, utilizando a *web page* da Prefeitura Municipal de Aracaju, definindo as ações a serem tomadas baseadas nas informações da SSDS, envolvendo outros órgãos na definição de políticas públicas que impactem positivamente na melhora de indicadores como a redução da morbi-mortalidade por causas externas e doenças de origem cardíco-vascular, prestando contas das ações desenvolvidas e dos resultados obtidos com a efetivação destas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BITTAR, OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, vol. 3, nº 12, 2001.
- BRANCO, M.A.F. Informação em saúde como elemento estratégico para a gestão. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 22 de maio de 2011.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. ed. 20. Ed. Saraiva. São Paulo, 1998.
- BRASIL. Guia de vigilância epidemiológica. **Ministério da Saúde**. ed. 7. Ed. do Ministério da Saúde, Brasília 2009.
- BRASIL. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. **Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSA**. 2. ed. – Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
- BRASIL. **Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis**. Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003.
- BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em 1 de fevereiro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**, 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da cooperação técnica e financeira por meio de convênios 2008**.
- BRASIL. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica** – Cadernos de Atenção Básica, Brasília – DF, 2006.
- BRASIL. **Relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju**, 2009.
- BRASIL. **Seminário de comunicação, informação e informática em saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2. ed. atual. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL, **Política Nacional de Atenção às Urgências**, Ministério da Saúde, 2004.
- BUENO, H. Histórico e avanços na utilização das salas de situação em saúde no Brasil. Sala de Situação em Saúde: compartilhando experiências do Brasil. **Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde**. p. 61-64, 2010.
- CABRAL, A.P.C. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): análise da demanda e sua distribuição espacial em uma cidade do nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. vol.11, n.4, 2008.
- CARMO, E.H.; BARRETO, M.L.; JUNIOR, J.B.S. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. p. 63-75, 2003.

- COHN, A. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Caderno de Saúde Pública**. vol. 25. n. 7. p. 1614-1619, 2009.
- ESPINAL, J.M.A.; LEÓN, F.J.G. Oportunidades de colaboración de los Servicios de Emergencias 112 en la vigilancia de la salud pública. **Gac Sanit**. vol. 19. n. 2. p.172 – 177, 2005.
- FARIAS, S.F.; JUNIOR, G.D.G.; COSTA, A.M.; BRITO, R.L.; BUARQUE, R.R. A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol. 16. n. 1. p.1043-1053, 2011.
- JÚNIOR, J.B.R. Informação em saúde no Brasil: a contribuição da Ripsa. **Ciência & Saúde Coletiva**. p. 1049-1053, 2006.
- JÚNIOR, A.E. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciência e saúde coletiva**. vol.12, nº.3, p 655-666, 2007.
- MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYEN, G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. **Revista de Saúde Pública**, 2011.
- MALTA, D.C.; CEZÁRIO, A.C.; MOURA, L; NETO, O.L.M.; JUNIOR, J.B.S. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. ed. 15. vol. 1. p. 47 - 65, 2006.
- MENICUCCI, T.M.G. O sistema único de saúde, 20 anos: balanço e perspectiva., **Cadernos de Saúde Pública**. p. 1620-1625, 2009.
- MORAES, I.H.S. Sala de situação em saúde: contribuição à ampliação da capacidade gestora do Estado?. Sala de Situação em Saúde: compartilhando experiências do Brasil. **Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde**. p. 21-38, 2010.
- MOYA, J. Panorama sobre as salas de situação de saúde na América Latina e Caribe. Sala de Situação em Saúde: compartilhando experiências do Brasil. **Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde**. p. 49-59, 2010.
- O'DWYER, G.O.; OLIVEIRA, S.P.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciência & Saúde Coletiva**. ed. 14. vol. 5. p. 1881-1890, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde** . 10ª. ed. São Paulo, 1995.
- PAIM, J., TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J.; O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet, Saúde no Brasil**, 2011.
- RIBEIRO JM. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciência & Saúde Coletiva**. ed. 14, vol. 3. p. 771-782, 2009.
- SUGAI, R. Sistemas de informação em saúde – tecnologia a serviço da saúde, Sala de Situação em Saúde: compartilhando experiências do Brasil, **Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde**, 163-165, 2010.

APÊNDICE A - Fluxograma proposto para obtenção das informações e disponibilização final



APÊNDICE B – Relação de equipamentos necessários

ITEM	EQUIPAMENTO	QUANTIDADE
01	COMPUTADOR	03
02	IMPRESSORA MULTIFUNCIONAL À LASER	01
03	TELEFONE SEM FIO	01
04	MESA PARA ESCRITORIO EM “L”	03
05	CADEIRA GIRATORIA TIPO SECRETARIA	03
06	CADEIRA FIXA TIPO SECRETARIA	10
07	ARMARIO ALTO FECHADO	03
08	MESA PARA REUNIAO OVAL 6 LUGARES	01
09	MESA PARA ESCRITORIO SEM GAVETAS	01
10	QUADRO BRANCO	01
11	CONDICIONADOR DE AR	01
12	PROJETOR DE MULTIMIDIA	01

APÊNDICE C – Planilha de custos

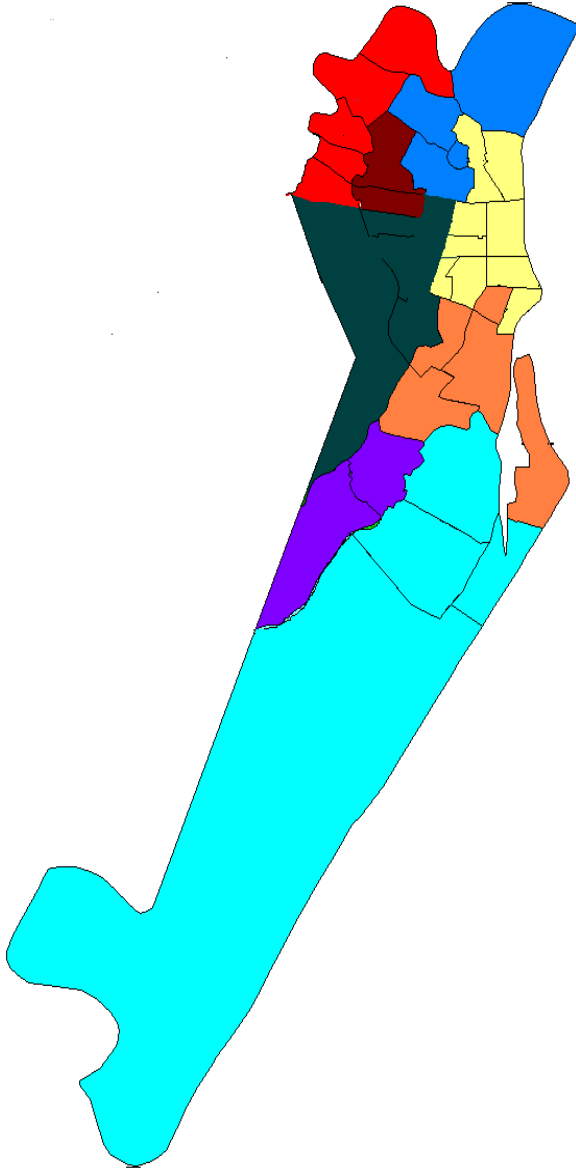
CUSTOS DE IMPLANTAÇÃO	
DESCRIÇÃO	VALOR
Aquisição de mobiliário e equipamentos para a implantação da sala de situação.	RS 13.315,00
Adequação da sala de situação	RS 650,00
Insumos para implantação da sala de situação.	RS 360,00
Insumos para realização das oficinas.	RS 95,00
TOTAL	RS 14.420,00
CUSTOS DE MANUTENÇÃO	
DESCRIÇÃO	VALOR
Despesa mensal com pagamento de pessoal.	RS 9.266,06
Insumos para manutenção mensal da sala de situação.	RS 86,00
TOTAL MENSAL	RS 9.352,06

APÊNDICE D – Cronograma de implantação da sala de situação

	JUL 2012	AGO 2012	SET 2012	OUT 2012	NOV 2012	DEZ 2012	JAN 2013	FEV 2013	MAR 2013
Elaboração do projeto	X								
Envio do projeto ao FNS	X								
Realização das adequações da estrutura física		X							
Aquisição dos equipamentos			X	X	X				
Contratação dos RH					X				
Capacitação dos RH					X				
Implantação da sala de situação						X			
Testagem e análise inicial do funcionamento							X	X	X

ANEXOS

ANEXO A – Regiões de saúde de Aracaju com a respectiva população.



REGIÃO DE SAÚDE		POPULAÇÃO/ FONTE SIAB
	1ª REGIÃO	59.832
	2ª REGIÃO	69.066
	3ª REGIÃO	57.937
	4ª REGIÃO	77.692
	5ª REGIÃO	65.303
	6ª REGIÃO	57.775
	7ª REGIÃO	67.937
	8ª REGIÃO	79.123

ANEXO B - Regiões de Saúde do Município de Aracaju com os respectivos bairros

REGIÃO DE SAÚDE	BAIRROS
1ª REGIÃO	Aeroporto Atalaia Farolândia Mosqueiro
2ª REGIÃO	São Conrado Santa Maria 17 de Março
3ª REGIÃO	Jardins Grageru Luzia Coroa do Meio Inácio Barbosa 13 de Julho Salgado Filho São José
4ª REGIÃO	América Novo Paraíso Jabotiana Ponto Novo Capucho Siqueira Campos
5ª REGIÃO	Suissa Centro Pereira Lobo Santo Antonio Cirurgia Getúlio Vargas Industrial
6ª REGIÃO	Palestina Porto Dantas 18 do Forte Cidade Nova Japãozinho
7ª REGIÃO	José Conrado de Araujo Santos Dumont
8ª REGIÃO	Jardim Centenário Bugio Lamarão Olaria Soledade

**ANEXO C – Planilhas dos atendimentos do SAMU Aracaju
(SE).**

ATENDIMENTOS CLÍNICOS ADULTO

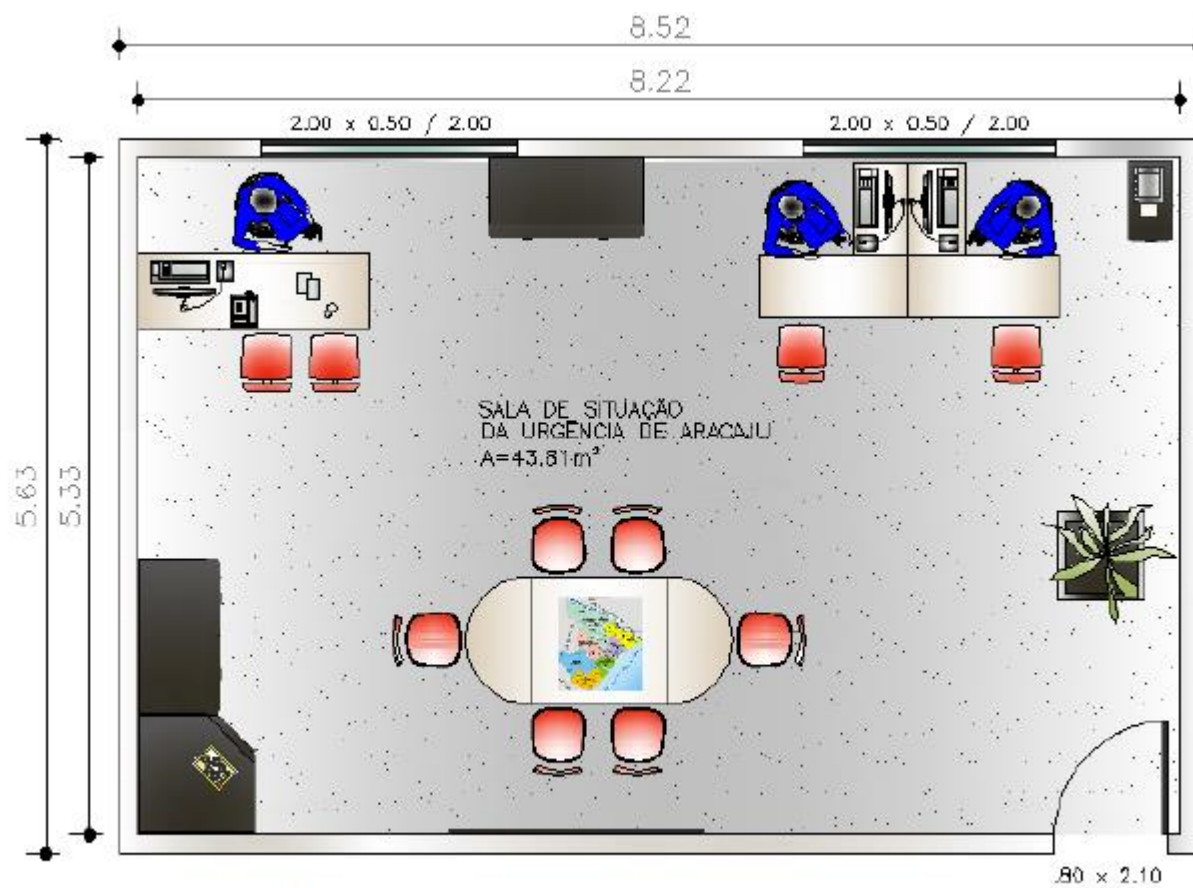
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
DOR TORÁCICA / PRECORDIAL													
HIPERTENSÃO ARTERIAL													
CEFALEIA													
CRISE CONVULSIVA													
INTOXICAÇÃO EXÓGENA													
AFOGAMENTO													
DISPNÉIA													
DOR ABDOMINAL													
DESMAIO / SÍNCOPE													
HIPOGLICEMIA													
OUTROS													

ATENDIMENTOS GINECO - OBSTÉTRICOS

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
TRABALHO DE PARTO													
ABORTAMENTO													
SANGRAMENTO													
AMNIORREXE PREMATURA													
*DHEG													
OUTROS													

*DHEG – DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

ANEXO D – Planta da sala de situação



PLANTA BAIXA _____ LAYOUT