



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM

NALDIANA CERQUEIRA SILVA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA DE TERESINA**

TERESINA
2011

NALDIANA CERQUEIRA SILVA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA DE TERESINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa:
Políticas e práticas sócio-educativas de Enfermagem

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Lídyia Tolstenko Nogueira

TERESINA
2011

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

S586a Silva, Naldiana Cerqueira

Avaliação normativa do serviço de atendimento móvel de
urgência de Teresina / Naldiana Cerqueira Silva_ Teresina: 2011.
139 fls.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) UFPI, 2011

Orientação: Prof. Dr. Lidya Tolstenko Nogueira

1. Avaliação de Serviços de Saúde. 2. Assistência Pré-
Hospitalar. I. Título

CDD 614.55

NALDIANA CERQUEIRA SILVA

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA DE TERESINA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Linha de pesquisa: Políticas e práticas sócio-educativas de Enfermagem

Aprovada em ____/____/____

Prof^a. Dr^a. Lídyia Tolstenko Nogueira
Universidade Federal do Piauí – Presidente

Prof^a. Dr^a. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira
Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – 1º Examinador

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa
Universidade Federal do Piauí – 2º Examinador

Prof^a. Dr^a. Grazielle Roberta Freitas da Silva
Universidade Federal do Piauí – Suplente

DEDICATÓRIA

A Deus, que nos momentos mais difíceis me deu forças para ir mais além, confortando-me, protegendo-me e sempre me perdoando quando me faltava paciência e não compreendia o porquê das coisas.

Aos meus pais, pelo muito amor que sempre me dedicaram, pelo exemplo de luta e fé, pelas orientações, que me fizeram trilhar um caminho de honestidade e por sempre acreditarem no meu potencial, quando eu mesma não conseguia acreditar.

Ao meu grande amor, que se tornou, ao longo desta caminhada, ainda mais companheiro, insubstituível, alma nobre e generosa.

Aos meus filhos, infinitas fontes de luz, amor, dedicação e compreensão que me guiam na escuridão.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, pela oportunidade de qualificação e de realização de mais um sonho.

À Prof.^a Dr.^a Lídyia Tolstenko Nogueira, meu exemplo pessoal e profissional, pela confiança, amizade, disponibilidade, dedicação e seriedade na condução deste estudo. Meu eterno muito obrigada!

Às professoras do Programa de Mestrado em Enfermagem, pelo apoio e incentivo constantes.

À Dr.^a Clara Leal, ex-coordenadora do SAMU Teresina, pela força, incentivo e auxílio na concretização deste estudo.

À Fundação Municipal de Saúde, na pessoa da Dr.^a Amarílis Borba, por abrir as portas da instituição para a realização deste estudo.

À Universidade Estadual do Piauí, pela liberação temporária dos meus serviços para realização do Mestrado.

Aos enfermeiros do SAMU Teresina, pelo incentivo, apoio e pelas trocas de plantões, fato que viabilizou a realização do Mestrado.

A todos os profissionais que compõem o SAMU Teresina, pelas contribuições, torcida e apoio.

Aos Profs. Luíza Jane Eyre de Souza Vieira, José Ivo dos Santos Pedrosa, e Grazielle Roberta Freitas da Silva por suas importantes contribuições.

Aos colegas do mestrado, pelo companheirismo, em especial à Tatiana Maria Melo Guimarães dos Santos, pelo exemplo de empenho e dedicação.

Às Professoras Judite Albuquerque e Joseci Vale, pela amizade, carinho, apoio, por acreditarem na minha capacidade e contribuírem diretamente com a flexibilização de meus horários de trabalho.

A Enfermeira e amiga Adélia Dalva, pelo auxílio e apoio desde a seleção até a concretização deste estudo.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste estudo, muito obrigada!

Um dia você aprende...

(..) Aprende **que heróis são pessoas que fizeram o que era necessário fazer, enfrentando as consequências.**

Aprende que paciência requer muita prática.

Descobre que algumas vezes a pessoa que você espera que o chute, quando você cai é uma das poucas que o ajudam a levantar-se.

Aprende que maturidade tem mais a ver com os tipos de experiências que se teve, e o que você aprendeu com elas, do que com quantos aniversários você celebrou.

Aprende que **há mais dos seus pais em você do que você supunha.**

Aprende que nunca se deve dizer a uma criança que sonhos são bobagens, poucas coisas são tão humilhantes, e seria uma tragédia se ela acreditasse nisso.

Aprende que **quando está com raiva tem o direito de estar com raiva, mas isso não lhe dá o direito de ser cruel.**

Descobre **que só porque alguém não o ama do jeito que você quer que ame, não significa que esse alguém não sabe amar, contudo, o ama como pode, pois existem pessoas que nos amam, mas simplesmente não sabem como demonstrar ou viver isso.**

Aprende que nem sempre é suficiente ser perdoado por alguém, **algumas vezes você tem que aprender a perdoar-se a si mesmo.**

Aprende que com a mesma severidade com que julga, você será em algum momento condenado.

Aprende que não importa em quantos pedaços seu coração foi partido, o mundo não pára para que você o conserte.

Aprende que **o tempo não é algo que possa voltar para trás, portanto, plante seu jardim e decore sua alma, ao invés de esperar que alguém lhe traga flores...**

E você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e que pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais.

E que realmente a vida tem valor e que você tem valor diante da vida!

Nossas dúvidas são traidoras e nos fazem perder o bem que poderíamos conquistar, se não fosse o medo de tentar.

William Shakespeare

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Desenho do fluxo de atendimento da Central de Regulação Médica do SAMU Teresina.....	22
Figura 2	Desenho da triangulação de métodos utilizado na coleta de dados..	45
Figura 3	Organograma da estrutura organizacional do SAMU Teresina.....	46
Figura 4	Fluxograma dos participantes da pesquisa por categoria profissional	48
Figura 5	Localização espacial dos pontos de apoio do SAMU Teresina dentro do município.....	52
Figura 6	Representação da natureza das ocorrências atendidas pelo SAMU Teresina no período de 2005 a 2009.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Média, mínima e máxima de atendimentos por natureza de ocorrência do SAMU entre os anos de 2005 a 2009 em Teresina.....	54
Tabela 2	Análise univariada do tempo de deslocamento das ambulâncias do SAMU Teresina no período de 2005 a 2009.....	57
Tabela 3	Média, mínima e máxima do referenciamento do SAMU entre os anos de 2005 a 2009. Teresina.....	59
Tabela 4	Avaliação da Estrutura e das Coordenações do SAMU Teresina a partir da percepção de seus pares. Teresina, 2010.....	64
Tabela 5	Caracterização dos profissionais que atuam em unidades móveis do SAMU quanto a idade e ao tempo de serviço no atendimento pré-hospitalar. Teresina, 2010.....	68
Tabela 6	Competências/Atribuições dos profissionais que tripulam os veículos de urgência do SAMU Teresina, 2010.....	71
Tabela 7	Competências/Atribuições dos profissionais auxiliares/técnicos de Enfermagem do SAMU Teresina, 2010.....	77
Tabela 8	Competências/Atribuições dos profissionais condutores de veículos de Urgência do SAMU Teresina, 2010.....	81
Tabela 9	Competências/Atribuições dos profissionais enfermeiros do SAMU Teresina, 2010.....	84
Tabela 10	Competências/Atribuições dos profissionais médicos do SAMU Teresina, 2010.....	89
Tabela 11	Cursos e treinamentos proporcionados pelo SAMU por categoria profissional. Teresina, 2010.....	93

LISTA DE SIGLAS

ACLS	<i>Advanced Cardiac Life Support</i>
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária
APH	Atendimento Pré-Hospitalar
ATLS	<i>Advanced Trauma Life Support</i>
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CVU	Condutor de Veículo de Urgência
FMS	Fundação Municipal de Saúde
GM	Gabinete Ministerial
MAST	Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma
MS	Ministério da Saúde
PHTLS	<i>Pediatric Advanced Life Support</i>
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
Rn	Recém Nascido
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAV	Suporte Avançado de Vida
SEM	Serviço de Emergências Médicas
SBV	Suporte Básico de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
UMU	Unidades Móveis de Urgência
UBS	Unidades Básicas de Saúde
US	Unidade de Saúde

RESUMO

O atendimento pré-hospitalar se consolidou no Brasil a partir da instituição de normas estabelecidas em portarias ministeriais, que culminaram com a implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em todo o território brasileiro, com acesso através de chamado telefônico pelo número 192. Nesse estudo, realizou-se avaliação normativa do SAMU Teresina abrangendo a estrutura e os resultados, de acordo com os critérios de avaliação instituídos pelo Ministério da Saúde (MS), analisando os indicadores operacionais obtidos quanto à natureza das ocorrências, o tempo resposta e o referenciamento dos atendimentos; comparando a adequação da estrutura física das viaturas do SAMU Teresina à normatização vigente; descrevendo o perfil e a capacitação dos profissionais de saúde que atuam nesse serviço e verificando as competências e atribuições dos profissionais que tripulam as Unidades móveis de Urgência (UMU) a partir da percepção de seus pares. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, descritiva, quantitativa. O estudo abrangeu informações pertinentes à estrutura e aos resultados do SAMU Teresina no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009. Os dados foram obtidos a partir das fichas de consolidação dos atendimentos realizados por esse serviço e das respostas a matrizes elaboradas de acordo com a normatização vigente, destinadas a avaliação das viaturas e dirigidas aos profissionais que atuam nas UMU, sendo amostra composta por 26 médicos, 13 enfermeiros, 53 auxiliares de Enfermagem e/ou técnicos em Enfermagem e 57 condutores de veículos de urgência. Observou-se que alguns itens elencados pelo MS como pontos a serem avaliados tornam-se inviáveis. Verificou-se uma demanda elevada, mas decrescente para o atendimento de urgências clínicas e obstétricas. No entanto, os acidentes de trânsito vêm ao longo deste período assumindo curva ascendente. Constatou-se que as atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam nas UMU e a estrutura das mesmas em muito se aproxima do estabelecido pelo MS, e que a esses realizam periodicamente cursos e treinamentos. Verificou-se, uma predominância de profissionais do sexo feminino nas profissões relacionadas à Enfermagem, e do masculino entre os médicos e condutores; a idade variou entre 28 e 62 anos e o tempo de serviço entre 1 e 24 anos de atuação no atendimento pré-hospitalar. Conclui-se então que o SAMU Teresina consegue em parte seguir os preceitos estabelecidos pelo MS. Porém, destaca-se a necessidade de diminuição do tempo resposta e otimização da oferta hospitalar, especialmente no atendimento ao paciente com trauma.

Descritores: Emergência. Assistência Pré-hospitalar. Avaliação de Resultados. Avaliação de Serviços de Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

The pre-hospital care was consolidated in Brazil since the imposition of norms established in ministerial decrees, culminating in the deployment of Services of Mobile Intensive Care (SAMU) throughout the Brazilian territory, with access through telephone service by dialing 192. In this study, we performed the normative assessment of SAMU in Teresina covering the structure and results, according to the evaluation criteria established by the Ministry of Health (MOH), by analyzing the operational indicators obtained related to the nature of the occurrences, the response time and referencing of care; comparing the adequacy of the physical structure of the vehicles of SAMU Teresina to present norms; describing the profile and training of health professionals working in this service and checking the skills and duties of the professionals who man the Emergency Mobile Units (UMU) from the perception of their peers. It is an evaluative research, also descriptive and quantitative. The study included information relevant to the structure and results of SAMU Teresina between January 2005 and December 2009. Data were obtained from the records of consolidation of the care provided by that service and answers to matrices prepared in accordance with the present norms, aimed at assessing the vehicles and addressed to professionals working in the UMU, having a sample of 26 doctors, 13 nurses, 53 nursing assistants and/or practical nurses and 57 drivers of emergency vehicles. It was observed that some items listed by MOH as points to be evaluated become unviable. There was a high demand, but decreasing for clinical and obstetric emergency care. However, traffic accident rates have increased over this period. It was found that the activities developed by professionals working in the UMU and its structure are very close to that established by MOH and that they periodically conduct training courses. There was a predominance of female workers in occupations related to nursing, and male ones among doctors and drivers; ages varied from 28 to 62 years and time of service from 1 to 24 years of experience in pre-hospital care. We concluded then that SAMU Teresina can partly follow the rules established by MOH. However, there is a need to decrease the response time and optimizing the supply of hospital care, especially for the patient with trauma.

Descriptors: Emergency. Pre-hospital Care. Assessment of Results. Assessment of Health Services. Nursing.

RESUMEN

La atención prehospitalaria se ha consolidado en Brasil desde la imposición de las normas establecidas en decretos ministeriales, que culminaron con el despliegue de Servicios Móviles de Emergencia (SAMU) en todo el territorio brasileño, con acceso a través del teléfono marcando el 192. En este estudio, se llevó a cabo la evaluación normativa de SAMU en Teresina que cubre la estructura y los resultados, de acuerdo con los criterios de evaluación establecidos por el Ministerio de Salud (MINSA), mediante el análisis de los indicadores de funcionamiento obtenidos relacionados a la naturaleza de los sucesos, el tiempo de respuesta y las referencias de la atención; la comparación de la adecuación de la estructura física de los vehículos de SAMU Teresina a las actuales normas; la descripción del perfil y de la formación de los profesionales de salud que trabajan en este servicio y verificación de las habilidades y deberes de los profesionales que tripulan las Unidades Móviles de Emergencia (UMU) a partir de la percepción de sus compañeros. Se trata de una investigación evaluativa, descriptiva y cuantitativa. El estudio incluyó información pertinente a la estructura y los resultados de SAMU Teresina, entre Enero de 2005 y Diciembre de 2009. Los datos se obtuvieron de los registros de consolidación de la atención prestada por dicho servicio y respuestas a las matrices preparadas de acuerdo con las normas actuales, con el objetivo de evaluar los vehículos y dirigidas a los profesionales que trabajan en las UMU, teniendo una muestra de 26 médicos, 13 enfermeros, 53 auxiliares y/o técnicos en enfermería y 57 conductores de emergencia. Se observó que algunos aspectos indicados por el MINSA como puntos a evaluar se han convertido en inviables. Hubo una gran demanda, pero una disminución de la atención de emergencia clínica y obstétrica. Sin embargo, hubo aumento de los accidentes de tráfico durante este período. Se encontró que las actividades desarrolladas por los profesionales que trabajan en las UMU y la estructura de las mismas son muy similares a la establecida por el MINSA y que ellos periódicamente realizan cursos de formación. Hubo un predominio de mujeres en las ocupaciones relacionadas con la enfermería, y de hombres entre los médicos y conductores, con edades entre 28 y 62 años y el tiempo de servicio entre 1 y 24 años de experiencia en la atención prehospitalaria. Se deduce entonces que el SAMU Teresina parcialmente sigue las reglas establecidas por el MINSA. Sin embargo, hay una necesidad de disminuir el tiempo de respuesta y optimizar la prestación de asistencia hospitalaria, sobre todo para el paciente con trauma.

Descriptores: Emergencia. Atención Prehospitalaria. Evaluación de Resultados. Evaluación de Servicios de Salud. Enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	24
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	25
3.1 Avaliação em Saúde.....	25
3.2 Atendimento pré-hospitalar: aspectos históricos	28
3.3 Da Política Nacional de Atenção às Urgências ao advento do SAMU....	33
3.4 Central de Regulação Médica.....,.....	38
3.5 Competências e atribuições dos profissionais que tripulam as unidades móveis de urgência.....	40
4 METODOLOGIA	44
4.1 Desenho do estudo.....	44
4.2 Local do estudo.....	46
4.3 Plano amostral.....	46
4.4 Instrumentos para coleta de dados.....	48
4.5 Procedimentos para a coleta de dados.....	50
4.6 Organização e análise dos dados.....	53
4.7 Aspectos éticos.....	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
5.1 Caracterização da natureza dos atendimentos, tempo resposta e referenciamento realizados pelo SAMU Teresina.....	54
5.2 Caracterização da adequação das viaturas de Atendimento pré-hospitalar do SAMU Teresina.....	61
5.3 Avaliação da Estrutura e das Coordenações do SAMU Teresina na perspectiva dos profissionais que tripulam as UMUs	63
5.4 Características comuns aos integrantes das equipes de Atendimento pré-hospitalar.....	67
5.5 Competências e Atribuições específicas para cada categoria profissional que labora no SAMU.....	77
5.6 Descrição da capacitação técnica dos profissionais que tripulam as UMUs	92
6 CONCLUSÃO	96

6.1 SUGESTÕES.....	99
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICES.....	110
ANEXOS.....	133

1 INTRODUÇÃO

A urgência e emergência no Brasil são percebidas como setores insuficientes da saúde, se configurando como uma das áreas mais problemáticas do SUS, onde as diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização estão pouco implementadas. Nesse paradigma surge o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em decorrência da Política Nacional de Atenção às Urgências, que busca induzir a organização da rede de atenção e estruturação dos serviços, se fazendo como um importante observatório do sistema de saúde brasileiro, sendo imprescindível à discussão e análise no intuito de se propor soluções frente à problemática.

O atendimento às emergências e urgências no local da ocorrência remonta ao período das guerras napoleônicas, quando se passou a transportar, por meio de tração animal, equipes e recursos materiais para os campos de batalha, para levar atendimento precoce aos acometidos em combate e, assim, aumentar as chances de sobrevivência dos feridos. Ao final do século XIX, o atendimento externo à estrutura hospitalar com a utilização de ambulâncias com médicos e medicamentos começou a ser utilizado nos Estados Unidos da América (EUA), notadamente na cidade de Nova Iorque (BRASIL, 2006a; PHTLS, 2004).

Focada nesse preceito, a iniciativa de socorro aos soldados no campo de batalha levou à formação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863, cujo objetivo passava a ser o atendimento rápido aos feridos e no treinamento dos combatentes para socorrerem seus pares, conjugado ao transporte assistido até os hospitais de guerra. Tais medidas foram decisivas para diminuição da morbimortalidade por causas externas, evidenciada décadas mais tarde. Assim, ao longo do século XX, o atendimento aos feridos nos campos de batalha, na I e II Guerras Mundiais, nas Guerras da Coreia e do Vietnã, demonstrou que a estabilização da vítima no local de ocorrência da lesão e o seu transporte rápido para o hospital diminuía tanto a morbidade quanto a mortalidade (AZEVEDO, 2002).

Nos anos 60 do século passado, na França, constatou-se a desproporção entre os recursos disponíveis para tratar doentes e feridos nos hospitais e os meios arcaicos do atendimento pré-hospitalar (APH) então existente. Nesse sentido, passou-se a investir no treinamento das equipes de socorro, com o objetivo de aumentar as chances de sobrevivência dos socorridos, incluindo os cuidados básicos e avançados essenciais, centrados na restauração da respiração e circulação adequadas, além da modernização da frota de ambulâncias. Como decorrência, em 1965, foi criado o Serviço Móvel de Urgência e Reanimação (SAMUR), com Unidades Móveis Hospitalares e, em 1968, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), na França, que incorporou à sua estrutura um centro de regulação médica para coordenar os chamados de socorro. As equipes de socorristas passaram também a intervir nos domicílios dos pacientes, configurando, definitivamente, os princípios do APH (LOPES; FERNANDES, 1999).

No Brasil, as primeiras iniciativas de socorro às urgências datam do final do século XIX, no Rio de Janeiro e, posteriormente, em Porto Alegre (RAMOS, 2005). Entretanto, a implantação de um serviço de APH nos moldes modernos veio a se concretizar por volta de 1980, na cidade do Rio de Janeiro, missão atribuída ao Corpo de Bombeiros, corporação militar de âmbito estadual. Nesse sentido, Hargreaves (2000), acrescenta que o conceito de sistema de emergência médica pré-hospitalar sedimentou-se a partir de 1986, com a criação do Grupo de Socorro de Emergência (GSE), do Corpo de Bombeiros do Rio de Janeiro, que incorporou à sua estrutura médicos socorristas e unidades de suporte avançado de vida (SAV). A experiência positiva obtida no Rio de Janeiro difundiu-se para os demais estados brasileiros, considerando peculiaridades geográficas e políticas.

A partir daí, passou-se a reconhecer a necessidade de uma política voltada ao APH, de forma equânime, em todo o território nacional. O Ministério da Saúde (MS) criou dispositivos legais para este propósito, destacando-se, dentre outros: a Portaria nº. 2.048/GM, de 05/11/2002, que regulamentou o atendimento das urgências e emergências; a Portaria nº. 1.863/GM, de 29/09/2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências; a Portaria nº. 1.864/GM, de 29/09/2003, que instituiu o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de SAMUs em municípios e regiões de todo o território brasileiro com acesso telefônico único nacional, 192; a Portaria nº.

2.072/GM, de 30/10/2003, que instituiu o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003).

Como avanços da política de atenção integral às urgências e emergências, destacam-se: organização de redes assistenciais com o envolvimento das unidades de atenção básica e Estratégia Saúde da Família (ESF); determinação e criação de unidades de pronto atendimento; eleição de portas hospitalares e serviços de atenção hospitalar; qualificação e educação permanente para os profissionais envolvidos; humanização do atendimento; criação e estruturação de centrais de regulação médica de urgências (BRASIL, 2006a).

Com a implantação do SAMU, adveio a regulação médica, e os fluxos de solicitações de atendimento passaram a ser operacionalizados com a garantia de acesso equânime à rede de saúde de cada município, tendo em vista que o SAMU opera com o princípio de vaga zero, que implica o atendimento independente da existência ou não de leitos vagos nos hospitais.

Nessa perspectiva, o SAMU torna-se um importante observatório do sistema de saúde vigente, induzindo a organização da rede de atenção, proporcionando a estruturação dos serviços, favorecendo o processo de pactuação regional e permitindo, assim, o enlace com outros atores não oriundos da saúde (BRASIL, 2006a).

No Piauí, o SAMU foi habilitado em 04/03/2004 e implantado em Teresina em 24/09/2004, por meio da Portaria Ministerial nº. 326, com oito equipes de suporte básico de vida (SBV) e duas de suporte avançado, resultado de parcerias estabelecidas entre o Governo Federal, Secretaria Estadual de Saúde e da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS), a qual passou a destinar verba mensal de R\$ 174.000,00 para o serviço (Anexo A).

O SAMU Teresina, como todos os outros SAMUs do país, é avaliado pelo MS, que colhe mensalmente dados relativos aos atendimentos. Entretanto, para a coordenação estadual e as municipais do SAMU, a avaliação do serviço pelo MS não se revela de forma clara e se configura em um monitoramento, tendo em vista que não há uma retroalimentação das informações repassadas ao MS.

No entanto, focando a discussão sobre o processo avaliativo deve-se ressaltar que há uma relação histórica entre o desenvolvimento da avaliação como campo de investigação científica, e o desenvolvimento das políticas públicas e de saúde, com o objetivo de reduzir a pobreza, promover o desenvolvimento social.

Nesse contexto surgiu o conceito de avaliação dos programas públicos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2002).

Segundo os autores, o campo da avaliação, despontou nos EUA, e pode ser atribuído a duas ordens de razão: a primeira refere-se à atuação do Estado norte-americano diante das cobranças da sociedade em relação às suas políticas públicas, e tem caráter externo ao campo disciplinar das Ciências Sociais, embora influenciando sobre seu desenvolvimento teórico e prático; a segunda refere-se à incorporação das metodologias quantitativas e do modelo experimental como modelo de cientificidade, sendo de caráter interno às Ciências Sociais, ambas confluindo para o surgimento da chamada Pesquisa Avaliativa.

O governo norte-americano para obter recursos das agências de financiamento, passou a exigir que os planos e projetos incluíssem ritualisticamente uma proposta de avaliação na sua seção final. Certamente por esta razão, os economistas, que haviam desenvolvido os principais conceitos da avaliação na área de produção industrial, passaram também a criar métodos para analisar as vantagens e os custos dos programas públicos. No entanto, as abordagens estritamente econômicas na avaliação dos programas sociais e de educação levaram ao processo de profissionalização do campo da avaliação a uma perspectiva multidisciplinar. Em 1976, foram criadas nos EUA duas áreas básicas de avaliação de programas, os voltados para a área de educação e os direcionados para outros programas sociais, unificados, em meados da década de 80, em uma única associação Americana de Avaliação de Programas (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2002).

Do ponto de vista institucional, nos EUA o desenvolvimento da avaliação teve duas vertentes principais: a pesquisa avaliativa como ciência social aplicada ao planejamento de programas sociais públicos, e a pesquisa avaliativa desenvolvida no campo da psicologia e da educação. Vale destacar que esse crescimento não ficou restrito aos aspectos de produção de conhecimentos e de ensino, mas estendeu-se à aplicação concreta nas práticas de planejamento das políticas públicas, na formulação de políticas, elaboração de programas e definição atividades. Práticas de avaliação na esfera pública norte-americana influenciaram o desenvolvimento do campo da avaliação no Canadá, que em 1977, a partir das sugestões do Auditor Geral do país, definiu a política federal de avaliação, com a criação, no ano seguinte, do *Office of Comptroller General of Canada*. Esse órgão

tem por finalidade avaliar a *performance* da administração federal, cujos resultados são encaminhados ao Parlamento. Nos países da América Latina, a avaliação nas Ciências Sociais tem sido bem diferente e percebe-se que não são muitos os especialistas latinos que escreveram sobre o tema, considerando inclusive a produção científica da Espanha (STENZEL, 2004)

No Brasil, pesquisadores, como Zulmira Hartz, Ligia Vieira-da-Silva e Eronildo Felisberto, vêm defendendo a institucionalização da política de avaliação como uma ferramenta de gestão e de controle social para possibilitar a prática efetiva dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a avaliação como componente da gestão em saúde passou a ser valorizada em face de múltiplas iniciativas voltadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS, com o propósito fundamental de dar suporte aos processos decisórios.

A despeito dos avanços, a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto no qual os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas, com caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo, e pouco subsidia o planejamento e a gestão (FELISBERTO, 2005).

A avaliação em saúde deve ser um processo crítico-reflexivo sobre as práticas e os processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde, a fim de se tornar contínua e sistemática, mediada por relações de poder, constituindo função importante da gestão. Atualmente, a necessidade de concepção e implantação de uma verdadeira cultura de avaliação nos sistemas de saúde parece ainda mais importante (FELISBERTO 2006).

Os programas e serviços públicos de uma forma geral são instituídos com o propósito de servir à população para qual se destinam. Assim, esses programas e serviços devem ser objeto de monitoramento e avaliação no intuito de se verificar se seus os objetivos de implantação estão sendo atingidos.

Nesse sentido, avaliar significa conferir valor, manifestar-se em relação a alguma coisa, fundamentado em um juízo, utilizando um método específico (UCHIMURA; BOSI, 2002). O conceito de Contandriopoulos *et al* (2002, p. 31) é esclarecedor quando afirma: “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Dentro da pesquisa avaliativa inclui-se a avaliação normativa. Vale ressaltar que a pesquisa avaliativa constitui procedimento que “consiste em fazer um

juízo *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos” e analisa “a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa”. Por sua vez, a avaliação normativa é definida como “a atividade que consiste em fazer um juízo sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2002. p. 34 - 37).

A abordagem sistêmica de avaliação dos serviços de saúde foi proposta por Donabedian na década de 80 e permanece como um referencial na atualidade. Pode-se avaliar um programa abordando os seguintes componentes: a estrutura, que corresponde aos recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo, que envolve a relação profissional-usuário; e os resultados, relacionados ao produto das ações (consultas, exames, visitas) e à modificação no estado de saúde de indivíduos e da população (DONABEDIAN, 1990).

O modelo donabediano apresenta grande aceitabilidade na avaliação dos programas e serviços de saúde e, por esse motivo, tem sido amplamente difundido e utilizado no Brasil. Isso se deve à compatibilidade e consequente utilidade do modelo para avaliar os programas e serviços de saúde, cuja implementação enaltece recursos, organização, atividades prestadas, serviços desenvolvidos e efeitos produzidos e/ou gerados na população ao qual se destina (NOVAES, 2000).

As áreas de urgência e emergência constituem importante componente da assistência à saúde. A demanda por tais serviços vem se acentuando no Brasil em virtude do crescimento do número de acidentes e da violência urbana, aliado à insuficiente estruturação da rede de saúde pública, que repercute em sobrecarga dos serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento à população e configura-os como um dos mais problemáticos do sistema de saúde.

O SAMU desenvolve ações, de modo a oferecer à população atendimento qualificado em situações de urgência e emergência, possibilitando o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde, para a manutenção da vida e/ou a minimização das possibilidades de sequelas.

Nesse contexto, percebe-se que gestores e profissionais de saúde vêm demonstrando empenho na busca de soluções que priorizem o planejamento, a melhor aplicação dos recursos e a condução dos serviços, buscando atender aos

princípios de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde. Logo, tornam-se fundamentais a estruturação e a manutenção de um sistema permanente de avaliação dos serviços de saúde que contribua para o redesenho das estratégias, quando necessário, e que possibilite ao profissional verificar se está alcançando os resultados pretendidos, no que se refere à estrutura dos serviços e a respostas destes às demandas dos usuários. Paradoxalmente observa-se que a produção bibliográfica relativa à avaliação dos serviços de APH é escassa. Tal assertiva fundamenta-se no recente levantamento realizado pela autora em consulta à Biblioteca Virtual de Saúde e em bancos de dados indexados LILACS, MEDLINE e SciELO na qual constatou que as produções existentes focalizam a avaliação de implantação ou a avaliações de situações clínicas pontuais.

Ao avaliar o componente pré-hospitalar de Teresina percebeu-se que esse é assim operacionalizado: qualquer cidadão, ao discar 192, tem sua ligação atendida por um técnico na Central de Regulação Médica, que registra informações, como nome do solicitante, relação com o paciente, endereço da ocorrência, bairro, ponto de referência e telefone de quem está falando. Em seguida, transfere a ligação ao médico regulador, que dialoga com o solicitante em busca de informações sobre o paciente que subsidiem o diagnóstico situacional e a tomada de decisões. Nesse momento podem ser sugeridos procedimentos emergenciais e iniciado o atendimento por meio das seguintes ações: orientar o solicitante a procurar uma unidade de saúde; designar uma ambulância de SBV, ou enviar uma ambulância de SAV, que se configura em uma UTI móvel. Não havendo necessidade do envio de uma unidade, o chamado é registrado na base de dados do SAMU. Ao decidir pelo envio da unidade móvel, o médico repassa a ficha de atendimento ao rádio operador, que irá acionar a viatura da área de abrangência, mais próxima do local do chamado, de acordo com o tipo de atendimento indicado. Os socorristas que atuam na viatura solicitada, respondem via rádio e se deslocam ao local indicado. Em alguns casos, o atendimento é realizado no local e o paciente é imediatamente liberado. Não sendo possível o atendimento no local, o paciente é removido ao hospital mais próximo que atenda urgência e emergência, onde as informações da ocorrência são passadas para a equipe responsável pelo recebimento do paciente. Concluído o atendimento, todas as informações da ocorrência são registradas nos bancos de dados do SAMU Teresina.

Para melhor visualização, elaborou-se o fluxograma que segue.

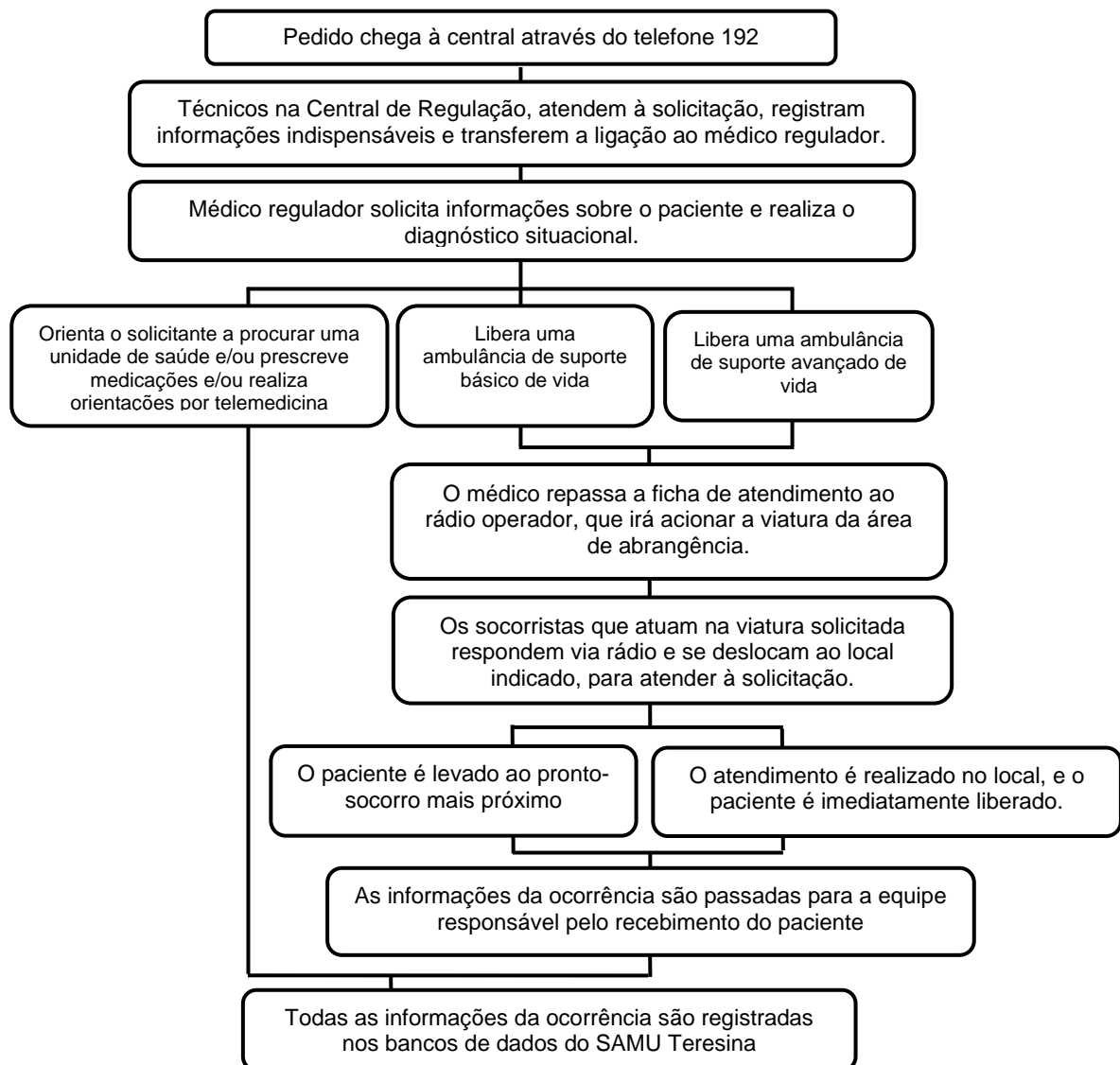


Figura 1: Desenho do fluxo de atendimento da Central de Regulação Médica do SAMU Teresina.

Diante de todas as considerações tecidas, surgiu a seguinte indagação: a estrutura e resultados alcançados pelo SAMU Teresina estão de acordo com a normatização estabelecida pelo Ministério da Saúde?

Com base no exposto, elegeu-se como objeto de estudo a avaliação normativa do SAMU Teresina, abrangendo sua estrutura e de seus resultados.

Avaliar o SAMU Teresina, considerando sua estrutura e os resultados alcançados, possibilitou visibilidade ao trabalho desenvolvido por esse serviço, bem como, contribuiu para a identificação de aspectos que interferem em sua excelência. Assim o presente estudo é relevante no sentido de oferecer subsídios aos

profissionais de saúde, gestores e população de forma que todos possam conhecer, valorizar e contribuir para o seu crescimento e aprimoramento, como serviço indispensável à sociedade.

Acredita-se que seus resultados possam subsidiar processos de mudança, delineando soluções, reorganizando atividades, vislumbrando caminhos alternativos que possibilitem superar os problemas existentes advindos de inadequações, além de fornecer subsídios para o processo de qualificação e melhoria do APH. Entende-se que o presente estudo é relevante no sentido de provocar a discussão da avaliação do serviço, justificando-se pela inexistência, até o momento, de estudo com essa abordagem em Teresina, buscando o fortalecimento de políticas avaliativas, além de aprimoramento de ações planejadas para a enfermagem enquanto ciência nessa área de atuação.

2 OBJETIVOS

Geral

Avaliar a estrutura e os resultados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Teresina, de acordo com os critérios de avaliação instituídos pelo Ministério da Saúde.

Específicos

- Analisar os indicadores operacionais obtidos pelo SAMU Teresina quanto à natureza das ocorrências, o tempo resposta e o referenciamento dos atendimentos.
- Comparar a adequação da estrutura física das viaturas do SAMU Teresina à normatização vigente;
- Descrever o perfil e a capacitação dos profissionais que tripulam as viaturas do SAMU Teresina;
- Descrever as competências e atribuições dos profissionais que tripulam as Unidades Móveis de Urgência a partir da percepção de seus pares.

3 REVISÃO DA LITERATURA

O referencial teórico deste estudo se fundamenta em autores que abordam a avaliação em saúde, a evolução do APH, a Política Nacional de Atenção às Urgências, o surgimento do SAMU, a regulação médica e as competências e atribuições dos profissionais que tripulam as unidades móveis de urgência.

3.1 Avaliação em Saúde

Após a segunda guerra mundial, surgiu a avaliação dos programas públicos devido à necessidade de o Estado encontrar meios que garantissem a distribuição adequada dos recursos. No decorrer dos anos 70, a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs, e se criaram, organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias em diversos países. Essa proliferação é, certamente, o sinal de uma necessidade, mas também é sinal de complexidade da área. Assim os primeiros métodos para a análise de vantagens e custos dos programas e serviços foram desenvolvidos por economistas (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 2002).

A avaliação consiste fundamentalmente em investigar e sistematizar conhecimentos para fazer julgamento de valor de uma intervenção, com o objetivo de auxiliar a tomada de decisão. Esta definição permite considerar a avaliação como intervenção formal, mobilizando recursos e atores em torno de uma finalidade explícita, como um sistema organizado de ação. A avaliação se distingue da pesquisa por seu caráter normativo; ela visa não somente medir os efeitos de uma intervenção e entender como foram obtidos, mas, também, a julgá-la. É nesta área que as instâncias de decisão, de posse dos resultados da avaliação, elaboram seus julgamentos, expressam seus valores e manifestam suas intenções estratégicas. (CONTANDRIOPOULOS, 2006)

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando a estrutura, os processos e os resultados com critérios e normas. Por intervenção, entende-se um conjunto de meios, físicos, humanos, financeiros, simbólicos, organizados em um contexto específico para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática. Uma intervenção pode ser uma técnica, um programa, um tratamento, uma organização, uma determinada política, e na sua avaliação há que se levar em conta os diferentes atores envolvidos, pois são eles que dão sua forma particular em dado momento (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 2002).

Donabedian (1990) desenvolveu um modelo teórico para avaliação de saúde a partir da concepção sistêmica que considera a aferição da qualidade do cuidado, a partir dos componentes: estrutura, processo e resultado. O modelo donabediano é amplamente utilizado em pesquisas de avaliação e observa-se a aplicação de seus conceitos nas avaliações executadas pelo Ministério da Saúde brasileiro.

Nesse sentido, a avaliação da estrutura se fundamenta na apreciação das condições físicas, organizacionais e dos recursos humanos empregados para atingir os resultados esperados. A avaliação de processo se faz no momento em que se avaliam ações e atividades desenvolvidas no prestar assistência, ou seja, na relação entre profissionais de saúde e pacientes; enquanto a avaliação de resultado se destina a analisar a produção do serviço prestado, ou seja, avaliar as ações que se conseguiu prestar à população. A avaliação de serviços de saúde no Brasil tem se baseado nestas vertentes (DONABEDIAN, 1990).

Felisberto (2004) assevera que avaliação vem-se tornando um instrumento cada vez mais necessário na sociedade, assumindo papel de destaque no campo da saúde. O entendimento sobre avaliação vem se modificando nos últimos anos e fortalecendo a sua imprescindibilidade na tomada de decisão e na forma de planejamento das ações em saúde. A tarefa de avaliar, tão necessária quanto complexa, exige um investimento cuidadoso e consistente para subsidiar a construção de uma saúde de qualidade. A avaliação da situação de saúde da população, do trabalho em saúde e dos resultados das ações, decorre em grande parte das atividades de monitoramento realizadas a partir das informações produzidas no cotidiano dos serviços. Essas, embora sejam insuficientes para apreender todas as mudanças desejáveis, são essenciais para orientação dos

processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde e construção de indicadores que promovam a elaboração de escores para a pactuação a serem alcançadas nos mais diversos setores da saúde incluindo-se o APH.

Por outro lado, a avaliação de políticas e programas de saúde deve contemplar ampla participação e o uso de múltiplos focos e métodos, permitindo que a visão de diferentes grupos seja considerada no objeto de estudo. Daí a necessidade de estudos e pesquisas que dêem conta das dimensões não apreendidas pelos diversos sistemas de monitoramento.

Trata-se não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde. Sem essa premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde.

Para Felisberto (2004), ao se investir na institucionalização da avaliação, busca-se contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolubilidade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias dimensões, da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico.

A institucionalização da avaliação constitui-se em um dos desafios mais importantes para os sistemas de saúde na atualidade. Hartz (2002) afirma que institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual seja capaz de influenciar o seu comportamento para promover mudanças, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas avaliativas às de gestão das intervenções programáticas para que se possam promover mudanças.

Dessa forma, pode-se apreender a avaliação é instrumento de gestão e tomada de decisão com o compromisso voltado para a atenção à saúde. Configura-se, portanto como um dos principais desafios à consolidação da qualidade da atenção prestada por meio de ações, projetos e políticas voltados para a integração entre os diferentes níveis de atenção, buscando o aperfeiçoamento dos

profissionais, expansão da rede de serviços, ampliação da participação e controle social, entre tantos outros exemplos, em direção aos ideais de equidade, integralidade, resolubilidade e humanização do sistema de saúde (FELISBERTO, 2005).

No que diz respeito à avaliação dos serviços de APH, realizou-se vasta busca da produção bibliográfica em periódicos de livre acesso e nos indexados pela CAPES, utilizando os descritores “avaliação” e “pré-hospitalar”. Foram localizados 43 artigos na França, 87 no Canadá, 58 nos EUA e 8 no Brasil, sendo que estes abordavam aspectos avaliativos relacionados à implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, tecnologias ou a procedimentos desenvolvidos durante os atendimentos. Tal consulta comprovou as lacunas existentes sobre produções científicas focalizando a avaliação do serviço de APH.

3.2 O atendimento pré-hospitalar: aspectos históricos

O atendimento às emergências e urgências no local da ocorrência data do período das guerras napoleônicas. Naquela época, os soldados feridos em campo de batalha eram transportados em carroças com tração animal, para serem atendidos por médicos, longe dos conflitos, que se pode entender como um precursor da atual unidade móvel de urgência (UMU) (RAMOS; SANNA, 2005).

Em 1792, o cirurgião e chefe militar Dominique Larrey dispensou os cuidados iniciais a soldados feridos, no próprio campo de batalha, a fim de prevenir possíveis complicações (LOPES; FERNANDES, 1999). A iniciativa de atendimento aos soldados no campo de batalha se estendeu no século XIX, levando à formação da Cruz Vermelha Internacional, em 1863. Ao longo do tempo, essa organização demonstrou a necessidade de atendimento rápido aos feridos, tendo sua atuação destacada nas Guerras Mundiais do século XX. Além disso, os combatentes passaram a receber treinamento em primeiros socorros, a fim de prestar atendimento a seus confrades logo após a ocorrência de uma lesão no campo de batalha. Os cuidados se estendiam durante o transporte até o hospital de guerra. Experiências em guerras com cuidados prestados no local da ocorrência,

conjugadas a um transporte rápido assistido diminuíram a morbimortalidade por causas externas, mas isso só ficaria evidenciado décadas depois (AZEVEDO, 2002).

O sistema SAMU surgiu a partir da perspectiva francesa de encarar a problemática dos altos índices de mortalidade e desenvolveu-se, concomitantemente, à filosofia de que seria conveniente que a equipe médica se dirigisse ao local do ocorrido, para que o traumatizado ou o doente dispusesse de intervenção médica imediata no sentido de ampliar as possibilidades de reestruturar os problemas que caracterizam a “urgência” (MARTINEZ-ALMOYNA; NITSCHKE, 1999). Em outras palavras, a função primordial é prestar atendimento sistematizado e rápido na primeira hora, dando ênfase à estabilização da vítima no local da ocorrência, objetivando a atuação de uma equipe multidisciplinar de saúde, embora mantenha um enfoque centralizado na figura do médico (PAZ, 2003).

Já na década de 60 na França, os médicos começaram a constatar a desproporção entre os meios modernos colocados à disposição dentro dos hospitais e os meios arcaicos utilizados na fase pré-hospitalar. Surge então 1966 o SAMU na França, mas só passa a ser reconhecido legalmente em 1986 (FRANÇA, 2003).

Martinez-Almoyna e Nitschke (1999) afirmam que pelo fato do sistema SAMU francês começar pela detecção e atendimento das urgências extra-hospitalares, surgiu nos anos 60 à necessidade de regular a demanda. Nesta direção desenvolveu-se a Regulação Médica com base na telemedicina que, atualmente, é a característica fundamental do sistema SAMU, compreendida como o coração do sistema de urgência.

O SAMU na França é responsável pela assistência direta à saúde da vítima e têm o poder, através da Central de Regulação, de ordenar o setor de Segurança Pública no tocante as ações de saúde. Normalmente, a equipe do SAMU França é composta por médicos anestesiológicos, intensivistas, cardiologistas, psiquiatras, emergencistas entre outros, técnicos auxiliares de regulação médica, enfermeiros (incluindo enfermeiros especializados em anestesia) e técnicos em ambulância. Esse sistema se estendeu por vários países tendo como referencial o profissional médico, tanto na regulação do sistema, como no atendimento direto ao paciente no local da ocorrência (ROCHA, 2000).

Durante a guerra do Vietnã na década de 60, houve à impossibilidade de contar com médicos em todas as frentes de combate e alguns soldados foram treinados para realizarem a assistência necessária. Com o fim da guerra, vários

militares após terem adquirido experiência em atendimento ao traumatizado, foram aproveitados, nos EUA, para realizar o APH em eventos traumáticos com base em protocolos de atuação, surgindo assim, os primeiros profissionais paramédicos norte-americanos. Deste modo, o sistema Norte-Americano de APH desenvolve-se com a prerrogativa básica de atendimento, a estabilização das funções vitais, com rápida transferência para a rede hospitalar (PAZ, 2003).

Conforme Heckman e Chairman (1991), nos Estados Unidos o Serviço de Emergências Médicas, como conhecemos hoje, teve seu início em 1966. Mas foi em 1969, que o *Miami Fire Department* criou o programa de formação de paramédicos e, em 1970, o primeiro programa de paramédicos voluntários americanos foi iniciado pelo *Charlottesville-Albermale Rescue Squad*, na cidade de Charlottesville (SCHLEMPER JR, 2000).

Segundo Page (2002), no período entre 1963 e 1966, o Comitê de Trauma, Choque e Anestesia da Academia Nacional de Ciências juntamente com o Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos resgataram a importância do cuidado inicial e dos serviços de emergências médicas disponíveis para as vítimas de acidentes. O produto destes estudos foi o clássico documento denominado Morte e Deficiência Acidental: a Doença Negligenciada da Sociedade Moderna. “Este relatório provocou a atenção pública para o inadequado cuidado de emergências médicas provido aos doentes e feridos em muitas áreas do país”. A partir daí, duas agências federais iniciaram reformas para tornar o sistema mais eficiente: a Administração Nacional de Segurança no Tráfego Rodoviário do Departamento de Transporte por intermédio da Lei de Segurança no Tráfego e o Departamento de Saúde e Serviços Humanos através da lei do Serviço Médico de Emergência (SEM), de 1973, criaram fundos para melhorar o cuidado de emergência pré-hospitalar (HECKMAN; CHAIRMAN, 1991, p. 3).

Com a regulamentação definitiva do SEM e dos técnicos em emergências médicas, os serviços de ambulância ligados aos hospitais foram extintos e as novas exigências legais direcionaram o cuidado pré-hospitalar para o Corpo de Bombeiros. Desde então o APH nos EUA representa a associação de esforços da primeira pessoa presente na cena da enfermidade súbita ou trauma que deve prestar os primeiros socorros e chamar o socorro especializado.

O SEM congrega o Técnico em Emergências Médicas-Básico habilitado para o SBV, o Técnico em Emergências Médicas-Intermediário, o Técnico em

Emergências Médicas-Avançado. Com o passar do tempo, os Técnicos em Emergências Médicas passaram a ser treinados, também, para atender as emergências decorrentes das causas naturais, especialmente aquelas relacionadas às doenças cardiovasculares que também estavam se tornando alarmantes. Por tal motivo, em 1975, os paramédicos são reconhecidos pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem Estar, como pessoal treinado para serviços de SAV, com sofisticação para o trauma, cuidados cardíacos e outros problemas críticos que precisam de tratamento interventivo; realizando desfibrilação cardíaca, administração de drogas, detecção e controle do ritmo cardíaco (PAGE, 2002).

No Chile, desde 1996, o SAMU é implementado por um grupo de profissionais, principalmente enfermeiros e fisioterapeutas, bem como parteiras, que recebem treinamento intensivo antes de entrar no sistema de saúde. Esse treinamento desenvolve-se em duas fases. A primeira é estruturada em 40 horas-aula de bases teóricas. Se houver aprovação, o profissional ingressará na segunda fase com 92 horas aulas prática. Com o término, o profissional é submetido a exames escrito e oral. Essa preparação dá ao profissional a posição de *Reanimator*, que lhe permite desenvolver procedimentos, como avaliação do estado vital, por meio de observação direta e de equipamentos, com o intuito de identificar comprometimento sistêmico ou múltiplo que coloque em risco a vida do paciente, proporcionar assistência respiratória e cardíaca avançada, prévia e simultânea nos atendimentos no intuito de transferi-lo para um hospital, tudo sob a supervisão de um centro regulador. Esse centro, por sua vez, é o local físico onde o médico responsável por dirigir os aspectos técnicos dos atendimentos, mantém comunicação constante, via rádio, com os socorristas, no intuito otimizar a situação do paciente (PARRA ; PARAVIC, 2002).

No Brasil, a ideia de atender às vítimas no local da emergência é tão antiga quanto em outros países. Data de 1893 a aprovação da lei, pelo Senado da República, que pretendia estabelecer o socorro médico de urgência em via pública, na então capital do país, Rio de Janeiro. Em 1899, o Corpo de Bombeiros daquela cidade pôs em ação a primeira ambulância, de tração animal, para realizar o referido atendimento, fato que caracteriza sua tradição histórica da corporação na prestação deste serviço. No estado de São Paulo, com a promulgação do Decreto 395/1893, o atendimento às emergências médicas ficou sob a responsabilidade dos médicos do Serviço Legal da Polícia Civil do Estado. Em 1910, o Decreto 1.392 tornou

obrigatória a presença de médicos no local de incêndios ou outros acidentes (AZEVEDO, 2002). Em 1950, instalou-se em São Paulo o SAMDU (Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência), órgão da então Secretaria Municipal de Higiene, normatizado pelo Decreto Estadual 16.629/50, ficando como responsabilidade do município o atendimento de urgência na cidade de São Paulo (MARTINS; PRADO, 2003).

É possível considerar, do ponto de vista histórico, este marco como um embrião da atenção pré-hospitalar no Brasil. Por uma série de motivos, incluindo a não introdução do método de regulação médica das urgências, esta atividade foi sendo desativada progressivamente. Posteriormente, nas décadas de 60 e 70, vários serviços privados de atendimento domiciliar de urgência foram inaugurados no Brasil (NITSCHKE, 2003).

Na década de 80, o APH se difunde em diversas cidades, com características próprias, fortemente influenciadas pelos modelos norte-americano e francês, que se conformaram historicamente de forma distinta. No entanto na década de 90, com o estabelecimento de uma Cooperação Técnica e Científica Franco-Brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e Ministério dos Assuntos Estrangeiros na França, deu-se origem ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (LOPES; FERNANDES, 1999).

Apesar desse acordo, a realidade brasileira não permitia a predominância do modelo francês, devido à escassez de recursos profissionais, tendo em vista que esse modelo parte da premissa de que todo atendimento de urgência, antes de chegar ao ambiente hospitalar, deve ser prestado por uma equipe chefiada por um médico, que possa realizar a avaliação da situação e decidir para que hospital deva drenar o caso. A opção encontrada pelo governo brasileiro foi adaptar a nossa realidade a um modelo com características menos onerosas, o que leva à aproximação com o modelo norte-americano, que se faz com corpo técnico extremamente treinado, a distância do profissional médico, e realizado por técnicos denominados para-médicos, que trabalham levando em consideração o tempo resposta rápida ao paciente, a provisão de cuidados eficientes e imediatos, no intuito de restabelecer ventilação adequada, promovendo oxigenação suficiente com perfusão condizente, com a finalidade de manter a produção necessária de energia para a preservação de órgãos, e ainda o transporte rápido para o hospital mais adequado (PHTLS, 2004). Assim o SAMU Brasil foi implantado com adaptações:

associou-se a estrutura da regulação médica e da equipe de suporte avançado do modelo francês à união da equipe de suporte básico do modelo norte-americano.

No Piauí, a história do APH teve início em 22 de agosto de 1990, com a implantação do serviço de atendimento pré-hospitalar SOS Teresina, o qual possuía em sua estrutura 12 viaturas funcionando diuturnamente com pessoal treinado em suporte básico. O SAMU Teresina foi habilitado em 4 de março de 2005, vindo efetivamente funcionar em 24 de setembro de 2004 com 10 viaturas, sendo 8 de suporte básico e 2 de suporte avançado.

3.3 Da Política Nacional de Atenção às Urgências ao advento do SAMU

No final dos anos 90 as urgências passaram a ser objeto de iniciativas do governo federal. Esse por sua vez instituiu a Portaria GM/MS 2.923/98 que determinou investimentos nas áreas de Assistência Pré-hospitalar Móvel, Assistência Hospitalar, Centrais de Regulação de Urgências e Capacitação de Recursos Humanos. Entretanto, os recursos destinados à implementação dessa proposta não foram devidamente utilizados e nenhuma central de regulação ou serviço de atendimento pré-hospitalar móvel foi criada. Apenas os recursos destinados à capacitação de profissionais foram parcialmente utilizados, na maioria das vezes, para a compra de cursos ministrados por grupos privados, com pouca integração com as necessidades e propostas do SUS e, praticamente, nenhum projeto de continuidade na educação dos trabalhadores das urgências foi criado (SANTA CATARINA, 2003).

De acordo com relatos da Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina (2003), só após o IV Congresso Internacional da Rede Brasileira de Cooperação em Emergências (RBCE), realizado em Goiânia, em abril de 2000, cuja temática central tratou das “Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências”, ocorreu uma aproximação entre técnicos que estavam na vanguarda dessa discussão e o MS. Com a subsequente avaliação da aplicação dos recursos, concluiu-se que esses foram, na maioria das vezes, destinados à aquisição de equipamentos pelas secretarias estaduais de saúde, sem o devido planejamento ascendente e participação dos gestores municipais e até mesmo dos serviços

beneficiados, redundando na pulverização e baixo impacto na qualificação da atenção às urgências.

Junto a esse trabalho de avaliação, foi realizado um ciclo de seminários de discussão e planejamento conjunto de redes regionalizadas de atenção às urgências, envolvendo gestores estaduais e municipais, em vários estados da federação onde se iniciou o esboço da reformulação da Política Nacional de atenção as Urgências. Assim, em face da necessidade de prestar atendimento ao paciente no local da ocorrência do acidente ou agravo, progressivamente se delineou a Política Nacional de Atenção às Urgências. Nesse sentido, o MS passou a promulgar Portarias, dentre as quais se destacam a portaria 737(MS/GM), de 16 de maio de 2001, que definiu a política nacional de redução de morbimortalidade (BRASIL, 2001a); a portaria 814(MS/GM), de 01 de junho de 2001, que estabeleceu a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências e definiu princípios e diretrizes da regulação médica das urgências, em substituição à Portaria GM/MS 824 de junho de 1999 (BRASIL, 2001b); a portaria 2.048(MS/GM), de 5 de novembro de 2002, que regulamentou o atendimento das urgências e emergências; a portaria 1.863(MS/GM), de 29 de setembro de 2003, que instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão; e por fim a portaria 1.864(MS/GM), de 29 de setembro de 2003, que instituiu o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em Municípios e regiões de todo o território brasileiro, surgindo, de forma legítima, o SAMU – 192.

Vale destacar a amplitude da Portaria GM/MS 2.048/02 que estabeleceu os princípios e diretrizes dos sistemas de urgência, definiu normas, critérios de funcionamento, classificação e cadastramento dos hospitais de urgência, determinou a criação das Coordenações do Sistema Estadual de Urgências. Os capítulos que a compõem versam sobre a Estruturação dos sistemas loco - regionais de atenção às urgências, dentro dos preceitos da NOAS-SUS, Diretrizes da Regulação Médica das Urgências, Diretrizes e responsabilidades das várias unidades componentes do atendimento pré-hospitalar fixo, Diretrizes do Atendimento Pré-hospitalar Móvel, Diretrizes do componente hospitalar de atendimento às urgências, Transferências e transporte inter-hospitalar, como também as Diretrizes dos Núcleos de Educação em

Urgências, com as respectivas grades de temas, habilidades, conteúdos, e carga horária que devem ser ministrados aos profissionais atuantes nos SAMUs.

Com a Portaria 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, ocorreu à incorporação de novos elementos conceituais e a retomada de outros já bastante difundidos, que vinham sendo debatidos e formulados com a participação de técnicos de todo o país, visando:

1. Garantir a universalidade, equidade e a integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétrica, psiquiátricas, pediátricas e as relacionadas às causas externas (traumatismos não-intencionais, violências e suicídios);
2. Consubstanciar as diretrizes de regionalização da atenção às urgências, mediante a adequação criteriosa da distribuição dos recursos assistenciais, conferindo concretude ao dimensionamento e implantação de sistemas estaduais, regionais e municipais e suas respectivas redes de atenção;
3. Desenvolver estratégias promocionais da qualidade de vida e saúde capazes de prevenir agravos, proteger vidas, educar para a defesa da saúde e recuperar a saúde, preservar e desenvolver a autonomia e a equidade de indivíduos e coletividades;
4. Fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrente de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
5. Contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações e serviços de urgência, permitindo que a partir de seu desempenho seja possível uma visão dinâmica do estado de saúde da população e do desempenho do Sistema Único de Saúde em seus três níveis de gestão;
6. Integrar o complexo regulador do Sistema Único de Saúde, promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais;
7. Qualificar a assistência e promover a capacitação continuada das equipes de saúde do Sistema Único de Saúde na Atenção às Urgências, de acordo com os princípios da integralidade e humanização. (BRASIL, 2003b p.17)

Além disso, a citada Portaria estabelece que a Política Nacional de Atenção às Urgências deve ser implementada a partir da adoção de estratégias promocionais de qualidade de vida, pautadas na humanização, que busque identificar os determinantes e condicionantes das urgências, por meio de ações

trans-setoriais de responsabilidade pública, sem excluir as responsabilidades de toda a sociedade. Dita, ainda, a organização de redes loco - regionais de atenção integral às urgências, como elos da cadeia de manutenção da vida.

Essa Portaria tece como componentes: a) o Pré-Hospitalar Fixo, definido por unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e Unidades Não-Hospitalares de Atendimento às Urgências, conforme Portaria GM/MS nº. 2048, de 05 de novembro de 2002; b) o Pré-Hospitalar Móvel, composto pelo SAMU, e pelos serviços associados de salvamento e resgate, sob regulação médica de urgências e com número único nacional para urgências médicas – 192; c) o Componente Hospitalar, que se refere aos locais de atenção às urgências, como as unidades hospitalares gerais de tipos I e II e as unidades hospitalares de referência tipos I, II e III, bem como toda a gama de leitos de internação, desde os leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência até os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências; d) Pós-Hospitalar, classificado como modalidades de Atenção Domiciliar, Hospitais-Dia e Projetos de Reabilitação Integral com componente de reabilitação de base comunitária. Versa também sobre a Instalação e operação das Centrais de Regulação Médica das Urgências, integradas ao Complexo Regulador da Atenção no SUS; sobre a capacitação e educação continuada das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção, a partir de um enfoque estratégico promocional, abarcando toda a gestão e atenção pré-hospitalar fixa e móvel, hospitalar e pós-hospitalar, envolvendo os profissionais de nível superior e os de nível técnico, em acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos pólos de educação permanente em saúde (BRASIL, 2003b).

Nesses pólos devem estar estruturados os Núcleos de Educação em Urgências, normatizados pela Portaria GM/MS 2048/02, propostos aos gestores como estratégia para implementar a capacitação dos profissionais atuantes em todos os níveis de atenção às urgências.

Com a Portaria GM/MS 1864/03, de 29 de setembro de 2003, instituiu-se o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, suas

Centrais de Regulação (Central SAMU-192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro (BRASIL, 2003c).

A citada Portaria definiu ainda os parâmetros de estruturação desses serviços, sendo um veículo de SBV para cada grupo de 100.000 a 150.000 habitantes, um veículo de SAV para cada grupo de 400.000 a 450.000 habitantes. Também disponibiliza recursos para capacitação de multiplicadores que atuarão junto aos Núcleos de Educação em Urgências, no valor de até R\$ 150.000,00 por Núcleo, considerando, inicialmente, a estruturação de 27 núcleos no país, um em cada estado da federação e Distrito Federal.

Quanto aos recursos para a estruturação da área física das Centrais SAMU, determinou-se para municípios com população de até 250.000 habitantes o montante de até R\$ 50.000, 00; para municípios com população entre 250.000 e 500.000 habitantes, até R\$ 100.000,00, e para municípios com população acima de 500.000 habitantes, até R\$ 150.000,00.

Outro aspecto se refere às despesas de custeio de responsabilidade compartilhada, na modalidade tripartite, entre a União, estados e municípios. À União cabem 50% do valor estimado para estes custos, sendo o repasse mensal por equipe de Suporte Básico R\$ 12.500,00, e para equipe de Suporte Avançado R\$ 27.500,00. Já para equipe da Central SAMU 192, são repassados R\$ 19.000,00. Os demais recursos necessários para o custeio das equipes serão cobertos pelos estados e municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida em cada Comissão Intergestora Bipartite, e deverão estar expressos nos projetos a serem enviados ao Ministério da Saúde, incluindo os mecanismos adotados de repasse desses recursos entre estados e municípios. Vale ressaltar que essas cifras perduram desde sua implantação.

No que se refere ao acompanhamento das ações desenvolvidas pelos SAMUs, a portaria enumera a apresentação trimestral de indicadores de desempenho do serviço, baseados no “tempo resposta” e seus componentes, casuística de atendimento e taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida, taxa de sequelas e seguimento no ambiente hospitalar.

Traz ainda que, para candidatura de implantação dos SAMUs nos municípios, estes deverão comprovar que a contratação dos recursos humanos

respeita a legislação vigente, não sendo permitida a precariedade de vínculo nas relações de trabalho.

No que se refere ao acompanhamento e avaliação das ações, foi definida uma lista de indicadores de desempenho a serem sistematicamente produzidos e analisados:

1. Tempo médio de resposta entre a chamada telefônica e a chegada da equipe no local da ocorrência.
2. Tempo médio decorrido no local da ocorrência.
3. Tempo médio de transporte até a unidade de referência.
4. Tempo médio de resposta total (entre a solicitação telefônica de atendimento e a entrada do paciente no serviço hospitalar de referência).
5. Indicadores de adequação da regulação (% de saídas de veículos de Suporte Avançado após avaliação realizada pela equipe de Suporte Básico).
6. Taxas de mortalidade evitável e mortalidade geral no ambiente de atenção pré-hospitalar, com avaliação do desempenho segundo padrões de sobrevida e taxa de seqüelas e seguimento no ambiente hospitalar.
7. Mortalidade hospitalar imediata dos pacientes transportados (24 horas).
8. Casuística de atendimento de urgência por causa clínica e as relacionadas às causas externas, considerando localização das ocorrências e suas causalidades, idade, sexo, ocupação, condição gestante e não gestante. (BRASIL, 2006b p.36)

Embora haja polêmica e questionamentos sobre a atribuição e responsabilidades de cada instância gestora na estruturação da atenção integral às urgências, a Portaria deixa sumariamente delineadas as responsabilidades de cada segmento.

3.4 Central de Regulação Médica

O termo Regulação Médica teve origem na reorganização da atenção às urgências na França e conseguiu êxito no seu objetivo de descongestionar as portas de entrada dos hospitais de urgência adotando dois processos concomitantes: a ampliação radical da atenção básica, com credenciamento quase universal de

consultórios e clínicas ambulatoriais, e a implantação dos SAMUs, que, além da prestação da assistência pré-hospitalar, funcionam como Centros Regionais de Regulação das urgências, conseguindo intervir, previamente, no fluxo dos usuários para os serviços de atendimento. Como resposta positiva a esse processo, a população francesa veio a assumir a conduta de telefonar previamente para um número de acesso público, buscando orientação e ajuda, antes de se dirigir a um serviço de urgência.

Segundo Martinez-Almoyna e Nitschke (2000, p.24),

“Regulação Médica é um neologismo criado para designar uma forma organizada de responder a toda situação de urgência que necessite de cuidados médicos, de forma harmônica, proporcional, equânime, de acordo com as diretrizes do SUS, evitando o uso inadequado de recursos”.

No Brasil a terminologia surge no início da década de 90, do século passado, por meio de cooperação franco-brasileira, mediada pelo Ministério da Saúde e o Ministério dos Assuntos estrangeiros na França, e apresentava uma nova concepção de modelo de atenção pré-hospitalar, centrada no médico, contando com a participação de profissionais da enfermagem e acrescentando o condutor de veículo de urgência (CVU) com formação específica em atendimentos de urgência e emergência.

Esse modelo é estruturado por meio das Centrais de Regulação dos chamados de urgência e APH do SAMU, constituindo-se em centrais inteligentes, nas quais existe uma racionalidade própria no gerenciamento dos recursos disponíveis, baseada na equidade, em quantidade e características compatíveis com a necessidade de cada caso, conforme prerrogativa de avaliação estritamente médica.

A estruturação inicial desses serviços proporcionou a aglutinação de técnicos, que a partir de 1995 vêm-se organizando para promover uma ampla discussão em todo o Brasil sobre a atenção às urgências e o que ela representa na organização de Sistemas de Saúde e no processo de construção do SUS. Os trabalhos desse grupo subsidiaram de forma importante a divulgação dessa nova forma de atendimento, que resultou concretamente em parecer do Conselho Federal de Medicina. Posteriormente, como um marco histórico na área de atenção às urgências, foi instituída a Portaria Ministerial 824, de 24 de junho de 1999, na qual

ficou regulamentada e conceituada a regulação médica, com a finalidade de orientar e subsidiar a organização desses serviços (BRASIL, 1999).

Surge então uma nova fase, em que são desenvolvidas as estratégias de implantação efetiva das diretrizes dessa portaria por meio da incorporação desses conceitos pelos médicos reguladores e pelo corpo clínico dos hospitais, implicando a necessidade de mudança na postura dos profissionais no que diz respeito ao recebimento da demanda referenciada, segundo determinados critérios, estabelecidos a partir da necessidade do paciente.

A difusão do conceito de Regulação, então, propiciou o surgimento da Portaria 814/2000, que conceitua de forma mais ampliada à atenção pré-hospitalar e avança na sua normatização, além de respaldar a Regulação médica no intuito de interferir em outros momentos do processo assistencial e, mais adiante, consolida esses conceitos. Como marco importante surge a Portaria Ministerial nº. 2048/GM, de novembro de 2002, que traz base legal para a atuação da regulação médica.

3.5 Competências e atribuições dos profissionais que tripulam as unidades Móveis de Urgência

As categorias profissionais que tripulam as unidades móveis de urgência são: médicos, enfermeiros e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, oriundos da área de saúde. Integra-se a eles o condutor de veículos de urgência. O MS através da portaria 1.864/2003 traça o perfil desses profissionais com suas respectivas competências e atribuições como se descreve a seguir (BRASIL 2003c).

O médico integrante da equipe do SAMU deve ser profissional de nível superior titular de diploma de Medicina, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição, habilitado ao exercício da medicina pré-hospitalar, atuando nas áreas de regulação médica, SAV, no atendimento pré-hospitalar e nas ambulâncias, assim como na gerência do sistema. Tem como requisitos gerais: equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, capacidade física e mental para a atividade, iniciativa e facilidade de comunicação, destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis,

capacidade de trabalhar em equipe, disponibilidade para capacitações, bem como para a re-certificação periódica.

Espera-se que esse profissional tenha capacidade de exercer a regulação médica do sistema, deve conhecer a rede de serviços da região, manter uma visão global e permanentemente atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, checando periodicamente sua capacidade operacional, realizar recepção dos chamados de auxílio e análise da demanda, classificar em prioridade os atendimentos, selecionar meios para atendimento, ou seja, melhor resposta, acompanhar o atendimento local, mostrar-se capaz de determinar o local de destino do paciente, fornecer orientação telefônica, manter contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema.

Esse profissional deverá ainda ser capaz de prestar assistência direta aos pacientes nas ambulâncias, quando indicado, realizando os atos médicos possíveis e necessários ao nível pré-hospitalar. Deve exercer o controle operacional da equipe assistencial, fazer controle de qualidade do serviço nos aspectos intrínsecos à sua profissão, deve avaliar o desempenho da equipe e subsidiar os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço, obedecer às normas técnicas vigentes no serviço, preencher os documentos próprios da atividade de médico regulador e de assistência pré-hospitalar, garantir a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência e obedecer ao código de ética médica.

O profissional Enfermeiro deve ter diploma de Enfermagem, devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição, ser habilitado para ações de enfermagem no Atendimento Pré-Hospitalar Móvel e para ações assistenciais. O enfermeiro deve prestar serviços administrativos e operacionais em sistemas de atendimento pré-hospitalar, mostrar disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, capacidade física e mental, disposição para cumprir ações orientadas, experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências, deve possuir iniciativa e facilidade de comunicação, ter condicionamento físico para trabalhar em unidades móveis, ser capaz de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação, bem como para a re-certificação periódica.

Esse profissional terá ainda que supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe no atendimento pré-hospitalar móvel, executar prescrições

médicas por telemedicina, prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e em risco de morte, que exijam conhecimentos científicos adequados, ter capacidade de tomar decisões imediatas, prestar a assistência de enfermagem à gestante, à parturiente e ao recém nato, ser capaz de assistir partos sem distorcia, deverá participar dos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde em urgências, particularmente nos programas de educação continuada, aplicar controle de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão, subsidiar os responsáveis pelo desenvolvimento de recursos humanos para as necessidades de educação continuada da equipe; terá ainda que obedecer à Lei do Exercício Profissional e ao Código de Ética de Enfermagem; ser capaz de conhecer equipamentos e realizar manobras de extração manual de vítimas.

O Técnico de Enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem se caracteriza por ser profissional com ensino médio completo e curso regular de Técnico em Enfermagem e/ou Auxiliar de enfermagem, ser titular do certificado ou diploma de Técnico de Enfermagem e/ou Auxiliar de Enfermagem devidamente registrado no Conselho Regional de Enfermagem de sua jurisdição e ser maior de dezoito anos. Deverá exercer atividades auxiliares de nível técnico, ser habilitado para o APH Móvel, ser capaz de realizar procedimentos a ele delegados, sob supervisão do profissional enfermeiro, dentro do âmbito de sua qualificação profissional. Esse profissional deve ter disposição pessoal para a atividade, capacidade física e mental, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas e possuir experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências.

É necessário a ele ter capacidade de trabalhar em equipe e disponibilidade para a capacitação, bem como para a re-certificação periódica. Deverá assistir o enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem, prestar cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro, deverá participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências/emergências, deverá ser capaz de realizar manobras de extração manual de vítimas.

Quanto ao Condutor de Veículos de Urgência (CVU), Motorista-Socorrista, deverá ser profissional de nível médio, habilitado a conduzir veículos de urgência

padronizados pelo código sanitário, obedecendo aos padrões de capacitação e atuação. Deverá ser maior de vinte e um anos, ter disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, disposição para cumprir ações orientadas, possuir habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes, de acordo com a legislação do Código Nacional de Trânsito, ter capacidade de trabalho em equipe, disponibilidade para a capacitação e para a recertificação periódica.

O CVU deverá ser capaz de conduzir veículo terrestre de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes, conhecer integralmente o veículo e realizar sua manutenção básica, estabelecer contato radiofônico (ou telefônico) com a central de regulação médica e seguir suas orientações, conhecer a malha viária local e a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local, auxiliar a equipe de saúde nos procedimentos básicos de suporte à vida, auxiliar a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas, ser capaz de realizar medidas básicas de reanimação cardiorespiratória, identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde.

4 METODOLOGIA

4.1. Desenho do estudo

Neste estudo optou-se pela realização de uma pesquisa avaliativa, descritiva, com abordagem quantitativa. Segundo Vieira-da-Silva (2005), a pesquisa avaliativa corresponde ao julgamento feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta ainda não respondida na literatura sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, por meio de metodologia científica. Assim, as práticas que têm sido mais frequentemente objeto de avaliação são aquelas resultantes da ação social planejada tais como políticas, programas e serviços de saúde. Nessa perspectiva optou-se por uma de suas vertentes, ou seja, a pesquisa normativa, que, para Contandriopoulos (2002), é aquela que dá ênfase ao julgamento de valor de uma intervenção, que pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas.

Segundo Rudio (2001), a pesquisa é descritiva quando busca conhecer o fenômeno analisá-lo, interpretá-lo e descrevê-lo sem interferir na sua realidade. Isso significa que os fenômenos do mundo físico e humano são estudados, mas não são manipulados pelo pesquisador.

Quanto à abordagem quantitativa, esta representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, permitindo, consequentemente, uma margem de segurança quanto às inferências. É utilizada com frequência em estudos descritivos, naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, bem como nos que investigam a relação de causalidade entre fenômenos (RICHARDSON *et al.*, 2008).

O estudo abrangeu informações pertinentes à estrutura e aos resultados obtidos pelo SAMU Teresina. Quanto à estrutura foram considerados os recursos humanos e as viaturas que compõem o serviço. No que se refere ao resultado foram analisados os atendimentos produzidos pelo SAMU Teresina, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009.

Fez-se uso da triangulação de métodos, concebida por Minayo, Assis e Souza (2005), como uma estratégia metodológica de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, possível de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista, seja das variadas formulações teóricas utilizadas pelos pesquisadores ou da visão de mundo dos informantes da pesquisa. O método deve ser utilizado, pois exige também a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de apreender as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto. Ele se apóia na construção de indicadores que permitem quantificar dimensões objetivas e interpretar as facetas subjetivas do processo social estudado.

A aplicação desse método se mostra adequado ao presente estudo, no qual se busca computar dados qualitativos de forma quantitativa. Isso se reflete na avaliação das competências e atribuições dos profissionais através do julgamento seus pares, na comparação da adequação da estrutura das viaturas e na quantificação dos resultados produzidos pelo SAMU Teresina, através de padrões estabelecidos pela portaria 2.048/02, como demonstra a figura a seguir.

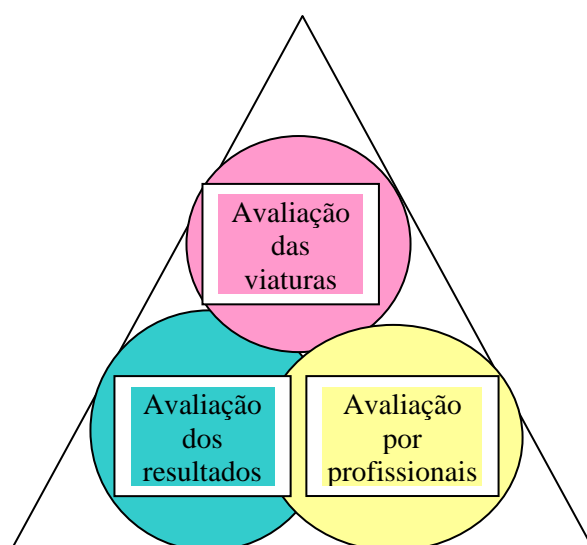


Figura 2: Desenho da triangulação de métodos utilizado na coleta de dados.

4.2. Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Teresina (PI), que tem área territorial de 1.756 km² e conta com uma população de 806.026 habitantes, distribuídos em zonas urbana e rural (IBGE, 2010).

O SAMU de Teresina tem uma coordenação ligada à FMS de Teresina / Prefeitura Municipal de Teresina. A essa coordenação são subordinados o coordenador médico, o gerente de enfermagem e o administrador do serviço, como demonstra o organograma abaixo. O SAMU Teresina atende a cidadãos acometidos por agravos à saúde, de natureza clínica, psiquiátrica, cirúrgica, traumática, obstétrica e ginecológica, com acesso telefônico gratuito pelo número nacional 192, nas regiões urbana e rural do município.

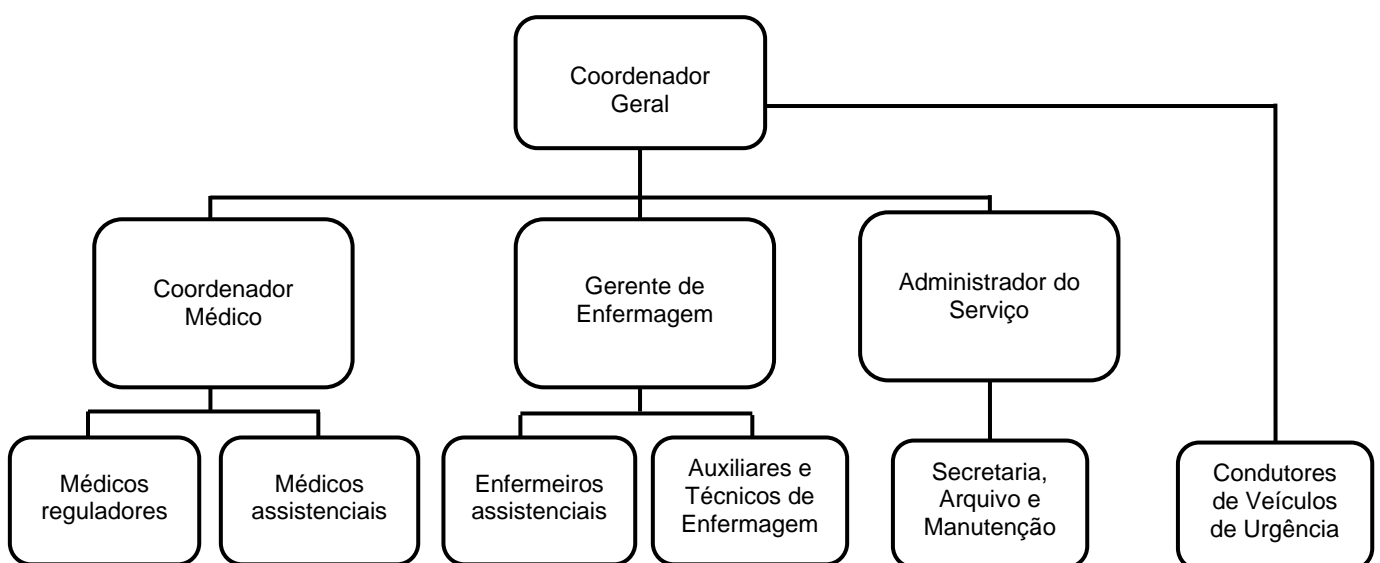


Figura 3: Organograma da estrutura organizacional do SAMU Teresina.

4.3. Plano Amostral

Foram consideradas três fontes de dados: os obtidos nas fichas de atendimento, os produzidos após levantamento da adequação da estrutura das

viaturas e os colhidos junto aos profissionais que atuam nas unidades móveis de urgência (UMU) do SAMU Teresina.

No que se refere às fichas de atendimento, foi utilizada a totalidade das que geraram deslocamento das unidades móveis, como também as que geraram orientações pelos médicos reguladores no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2009 que corresponderam a 311.969. Tais fichas possibilitaram conhecer os quantitativos produzidos pelo serviço como também à natureza dos agravos à saúde.

Em relação à adequação da estrutura das viaturas foram considerados 15 UMU do SAMU Teresina: sendo 2 de transporte denominadas tipo A, 10 de SBV denominadas tipo B e 3 de SAV denominadas tipo D.

O estudo abrangeu também a população de 171 profissionais que desenvolvem suas atividades em UMU do SAMU Teresina. Foram incluídos os profissionais atuantes no serviço há pelo menos um ano, tempo considerado suficiente para o conhecimento do cotidiano de trabalho e a adaptação a ele. Foram excluídos aqueles que no momento da coleta de dados, encontravam-se afastados por licença, quer para tratamento de saúde, como também os que se encontravam em gozo de licença maternidade e os que não concordaram em participar da pesquisa, excluiu-se ainda o pesquisador.

A população foi composta a 53 auxiliares e/ou técnicos em Enfermagem, 57 condutores de veículos de urgência, 13 enfermeiros e 26 médicos que correspondeu a 87.1% dos profissionais que laboram nas Viaturas do SAMU Teresina. Há que se ressaltar a recusa de apenas 3 profissionais, que corresponderam a 1,7% da população em estudo.

Para melhor visualização da composição da amostra, foi elaborado um fluxograma que se segue, apontando as causas da não participação de 12,9 % profissionais em estudo.

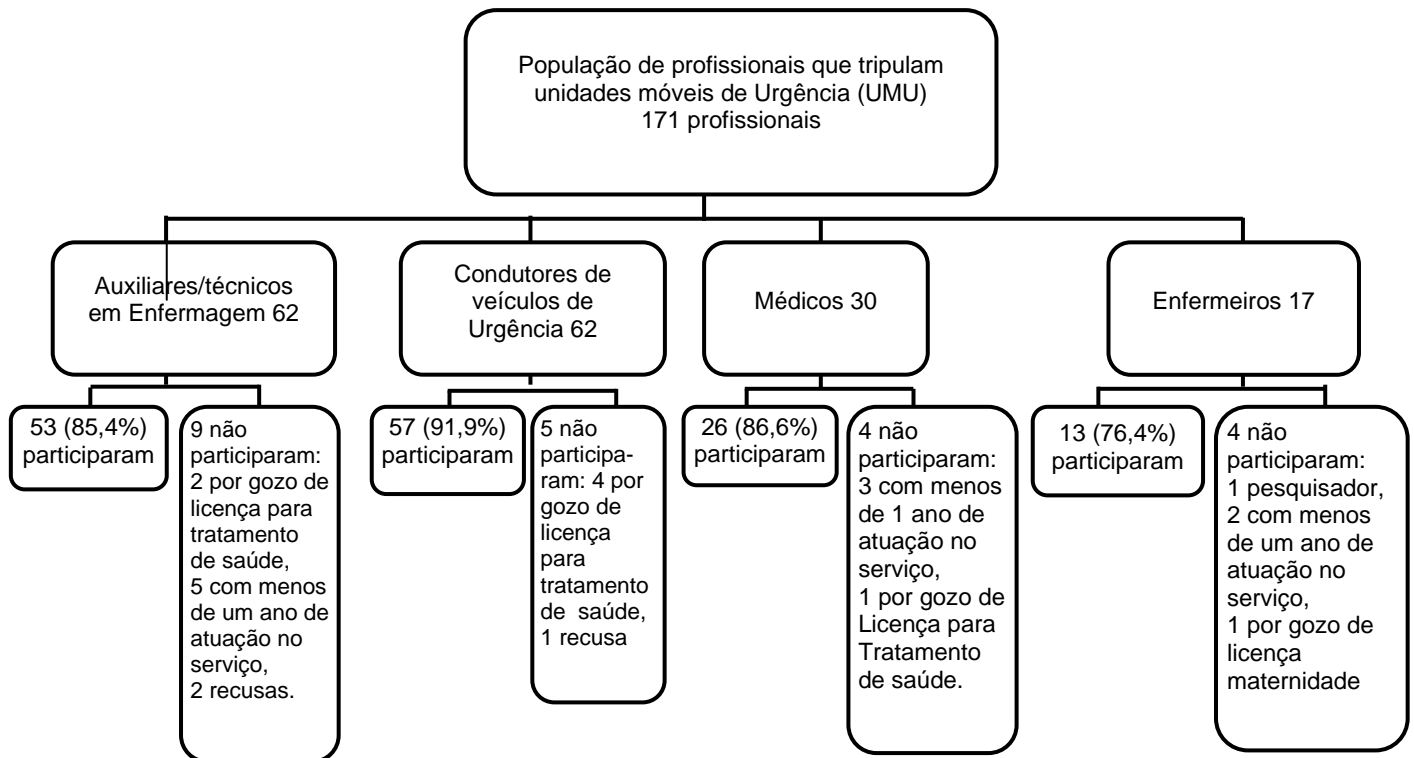


Figura 4: Fluxograma dos participantes da pesquisa por categoria profissional.

4.4 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados. O primeiro com informações relativas aos resultados, o segundo com elementos referentes à estrutura das viaturas, e o terceiro abrangendo o perfil dos profissionais, suas competências e atribuições no desenvolvimento de suas funções e a capacitação por eles recebida. Para a viabilização dos últimos foi necessário a criação de matrizes elaboradas a partir de elementos instituídos na Portaria 2.048/2002.

Os dados relativos aos resultados foram colhidos a partir das informações contidas no banco de dados do SAMU Teresina oriundos das fichas de atendimento. Para tal foram utilizados os formulários do SAMU Teresina que são repassados ao MS (Anexo B). Vale ressaltar que esses são enviados mensalmente para o

conhecimento das seguintes variáveis: tempo resposta; ocorrências geradas por traumas, como acidentes de trânsito, agressão física e quedas; urgências psiquiátricas; urgência clínica adulto; urgência clínica pediátrica; urgência obstétrica; remoção inter-hospitalar; remoção antecipada; óbitos anteriores ao atendimento e óbitos durante o transporte.

Para os dados relativos às viaturas utilizadas no SAMU Teresina foi elaborada matriz, tipo *check list*, (Apêndice A). Para Daychoum (2007), o *check list*, também conhecido como lista de verificação, lista de controle ou lista de revisão, é um formulário com perguntas objetivas que permitem resposta tipo sim ou não, e não deixam dúvidas ou margens a interpretações pessoais, permitindo verificar se todos os itens sob avaliação foram considerados. Em nosso estudo optou-se por elaborá-lo com a possibilidade das seguintes respostas: adequado, não adequado e não possui. Uma das principais características do *check list* é a simplicidade em sua confecção e em seu uso.

Para a coleta de dados dos profissionais, foram criadas matrizes abrangendo as competências e atribuições de cada categoria profissional que atua em UMU do SAMU Teresina na qual os respondentes avaliaram seus pares, pois acredita-se que este procedimento expressa a concepção autoavaliativa

De maneira implícita acredita-se que o respondente ao avaliar seus pares, expressa também sua autoavaliação. Para Chiavenato (2004) a avaliação por pares busca conhecer a atuação e o desenvolvimento das habilidades do grupo e como o seu desempenho contribui para que a equipe alcance os resultados esperados. Ao aplicar este método os avaliadores terminam por explicitarem, em suas respostas, o conceito que desenvolveram do grupo e de si mesmo.

Essa matriz foi composta por quatro partes, sendo que a primeira compreendia dados referentes à idade, sexo, tempo de atuação no pré-hospitalar e experiência prévia em urgência e emergência. A segunda foi elaborada a partir das competências e atribuições elencadas pela portaria 2.048/2002 com 21 questões para os médicos, 16 para os enfermeiros, 14 para os auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e 17 para os condutores de veículos de urgência que se constitui em uma Escala Likert. Assim, a matriz possibilitou ao respondente assinalar sua opinião quando a competência/atribuição encontrar-se presente em todos, maioria, metade, minoria ou nenhum dos seus pares. Esse tipo de escala apresenta dois campos de variação, um de concordância e o outro de discordância. É elaborado como uma

escala intervalar em que a distância entre as posições é a mesma. Quando utilizada para medida de opiniões e atitudes, essas posições medem proporções do mais desfavorável ao mais favorável. A escala tipo Likert exige resposta graduada para cada afirmação. Geralmente a resposta é apresentada em 5 graus, sendo um extremo o total desacordo (grau 1), e o outro extremo, o total acordo (grau 5); o ponto intermediário (grau 3) representa o indeciso. Esse tipo de instrumento requisita que os sujeitos indiquem seu grau de concordância ou discordância com declarações relativas à atitude que está sendo medida (MATTA, 2001).

A terceira parte deste instrumento, trouxe os cursos e treinamentos oferecidos as categorias profissionais e a última se referiu a opinião das diversas categorias em relação à regulação médica, estrutura da central do SAMU e das viaturas, opinião em relação à coordenação geral local, coordenação médica, gerência de enfermagem, capacitações, cursos e treinamentos oferecidos pelo serviço e em relação ao trabalho desenvolvido no SAMU (Apêndices B, C, D e E).

Foi realizado um pré-teste no SAMU Campo Maior cidade situada há 84 km ao norte do estado do Piauí que se encontra regulada pelo SAMU Teresina e que se assemelha com a estrutura organizacional desse serviço. Esse pré-teste foi utilizado no intuito de avaliar a compreensibilidade dos formulários aplicados e para a certificação de que todas as possibilidades de resposta estavam presentes. Após a aplicação do instrumento original foram realizadas as modificações pertinentes no intuito de levar ao SAMU Teresina uma matriz que atendesse os pontos que se desejava avaliar.

4.5 Procedimentos para a coleta de dados

Para a consolidação dos atendimentos prestados, a pesquisadora fez uso de banco de dados do SAMU Teresina realizando preenchimento de formulários específicos (Anexo B) havendo a transcrição dos consolidados anuais compreendidos entre 2005 e 2009.

As viaturas foram checadas individualmente na central de regulação quando essas procediam reabastecimento diário.

A aplicação das matrizes com os profissionais ocorreu na Central de Regulação e nos pontos de apoio, nos seus horários de trabalho, quando não estavam em atividade (Figura 4). Os pesquisados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 (Apêndice F).

Procurou-se fazer uma abordagem individualizada com os profissionais, no intuito de esclarecê-los sobre a finalidade da pesquisa, instrumentalizando-os, de forma que não houvesse dúvidas sobre o instrumento de pesquisa. Tal zelo foi necessário para evitar contágio nas respostas de uma categoria sobre a outra, como também dentro das categorias profissionais. Vale ressaltar que cada tipo de instrumento foi utilizado em momentos distintos da pesquisa, para não prejudicar ou interferir no processo de captação dos dados, sendo primeiro aplicado o instrumento com os profissionais, em seguida coletado informações dos consolidados anuais e posteriormente realizado checagem de cada UMU. Todas as matrizes foram aplicadas pela pesquisadora.

Figura 5: Localização espacial dos pontos de apoio do SAMU Teresina dentro do município.

4.6 Organização e análise dos dados

Os formulários foram digitados duplamente no programa *Microsoft Excel* e, depois importados para o programa *Statistical Package for the Social Sciences - SPSS* (versão 12.0 for Windows), no qual foram tabulados.

A análise estatística utilizada foi a descritiva; a partir dos percentuais das categorias de respostas das variáveis. Tal análise foi a escolhida por não haver possibilidade de realização de testes estatísticos, tendo em vista que se trata de uma pesquisa onde não há outra semelhante nos bancos de dados para a realização do confronto de resultados. Os dados foram explorados por meio de técnica univariada, não sendo possível associação entre as variáveis, configurando-se, assim, uma pesquisa de caráter estatístico descritivo.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0209.0.045.000-09, e pela Comissão de Ética da FMS. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Apêndice F).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos encontram-se apresentados por meio de tabelas e gráfico, avaliando-se normativamente o SAMU Teresina, descrevendo a natureza dos atendimentos, a estrutura do serviço e suas coordenações, como também, competências e atribuições dos profissionais que tripulam as UMUs na percepção de seus pares.

5.1 Caracterização da natureza dos atendimentos, tempo resposta e referenciamento realizados pelo SAMU Teresina

As ocorrências geradas para o SAMU Teresina variam nas mais diversas causas, tendo maior número de solicitações às urgências clínicas em adultos como mostra a tabela abaixo.

Tabela 01: Média, mínima e máxima de atendimentos por natureza de ocorrência do SAMU entre os anos de 2005 a 2009 em Teresina. Teresina, 2010.

	Mín. – Máx ¹ .	\bar{x} ²	Total	%
Urgência clínica adulto	13.730-14.415	13.984	79.359	36,3
Urgência obstétrica	6.056-9.250	7.437	37.235	17,0
Trauma por acidente de trânsito	2.728-4.562	3.528	17.703	8,1
Trauma por queda	2.248-3.058	2.528	11.643	5,3
Urgência clínica pediátrica	1.621-2.355	1.919	9.916	4,6
Urgência psiquiátrica	1.298-1.759	1.528	7.642	3,4
Trauma por agressão física	1.151-1.824	1.429	7.263	3,3
Falsos chamados (Troles)	314-665	377	1.889	0,8
Outros*	180-361	250	1.252	0,5
Remoções inter-hospitalares	6.618-9.906	8.337	41.687	19,0
Óbitos antes e durante o transporte	557-621	583	2.918	1,3

¹ Mínimo-Máximo, ² Média

* Corresponde à soma dos casos de afogamentos, choque elétrico, envenenamento e queimaduras.
Fonte: fichas de atendimento do SAMU – Teresina dos anos de 2005 a 2009.

Constatou-se que entre os anos de 2005 e 2009 o SAMU Teresina realizou 311.969 atendimentos, sendo que 218.507 geraram deslocamento das viaturas e 93.416 foram orientações realizadas por médicos que atuam na central de regulação médica deste serviço. O maior quantitativo de ocorrências foi gerado por urgência clínica em adulto, com média de 13.984 sendo a mínima de 13.730 e a máxima de 14.415 ocorrências/ano; seguida por remoções inter-hospitalares e urgências obstétricas. Os acidentes de trânsito ocupam o terceiro lugar em número de ocorrências geradas ao SAMU Teresina com média de 3.528, sendo a mínima de 2.728 e máxima de 4.562 ocorrências/ano.

Os traumas por agressão física ocupam a sétima colocação, com média de 1.429, mínima de 1.151 e máxima de 1.824 ocorrências/ano. Ainda com número significativo, constataram-se os falsos chamados com média de 377, sendo o número mínimo de 314 e máximo de 665 trotes/ano. As ocorrências agrupadas em “outros”, correspondem à soma dos casos de afogamentos, choque elétrico, envenenamento e queimaduras, com média/ano de 250 ocorrências, sendo a mínima de 180 e a máxima de 621 ocorrências.

Para subsidiar a discussão dos dados, procedeu-se levantamento sobre os SAMUs brasileiros buscando identificar os que mais se assemelhavam com a realidade de Teresina em relação à estrutura, contingente populacional e disponibilidade de informações para análise comparativa. Dessa forma, optou-se pelo SAMU da região metropolitana de Florianópolis, cuja população é aproximadamente 19% maior que a de Teresina, conta com onze viaturas básicas e quatro viaturas avançadas e consolida dados de forma semelhante e os disponibiliza por meio eletrônico em seu site.

De acordo com o Relatório anual de 2010, da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina a população da região metropolitana de Florianópolis foi de aproximadamente 962.476 habitantes. Florianópolis faz seu consolidado anual com certa particularidade, se comparado ao relatório produzido por Teresina, que se encontra mais detalhado no que diz respeito às ocorrências por traumas e causas externas, subdividindo esse item em agressão física, trauma por acidente de trânsito e trauma por quedas. Para fins de análise e para traçar um comparativo com mais fidelidade, fez-se a união desses três itens (SANTA CATARINA, 2010).

No entanto, quando comparados os atendimentos produzidos pelos SAMUs em questão, constatamos que apenas a urgência clínica adulto se

assemelha nos quantitativos produzidos, sendo maior na região metropolitana de Florianópolis, aproximadamente 19%, que é o que se espera em decorrência do número maior de habitantes. Em relação às urgências obstétricas, constatou-se uma disparidade extrema nas duas realidades, tendo o SAMU Teresina uma demanda em média 540% maior que a da região metropolitana de Florianópolis. Em relação aos traumas e causas externas aqui consideradas, as médias das urgências por quedas, acidentes de trânsito e urgências por agressão física, pôde-se constatar que, mesmo Teresina tendo um contingente populacional menor, o número de atendimentos ultrapassou o da região metropolitana de Florianópolis em aproximadamente 25%.

Quando analisamos os atendimentos referentes a urgências psiquiátricas, verificamos que o SAMU Teresina realizou em média, nos anos em estudo, 124% mais atendimentos dessa natureza que a região metropolitana de Florianópolis. No entanto chama a atenção os índices de falsos chamados que acometem esses serviços; o SAMU da região metropolitana de Florianópolis foi vítima em média de 3.312 falsos chamados/ano, enquanto o SAMU Teresina recebeu em média de 377 ano. Dessa forma, pode-se perceber que o número de falsos chamados na região metropolitana de Florianópolis é 852% maior que os praticados no SAMU Teresina.

Outro ponto relevante demonstrado na tabela é o numero de remoções inter-hospitalares praticados pelo SAMU Teresina com média de 8.337 ocorrências/ano, enquanto que o SAMU Florianópolis realizou no ano de 2010 apenas 28 atendimentos dessa natureza. Observou-se ainda que o SAMU Teresina consolida os óbitos ocorridos antes do socorro , como também, os que ocorrem durante o transporte, não sendo visualizado esta particularidade no SAMU Florianópolis.

Apresentamos gráfico que mostra a evolução ao longo dos anos, do comportamento da natureza das ocorrências, realizadas pelo SAMU Teresina. Assim, no ano de 2005 o maior quantitativo foi gerado por urgências clínica em adulto e obstétrica, sofrendo diminuição significativa nos anos subsequentes. No entanto, pôde-se perceber que os traumas por acidentes de trânsito tiveram uma curva ascendente, tendo ligeira queda no ano de 2008 com posterior elevação em 2009. Os demais tipos de solicitações se mantiveram dentro de suas médias, não sofrendo elevações ou quedas significativas.

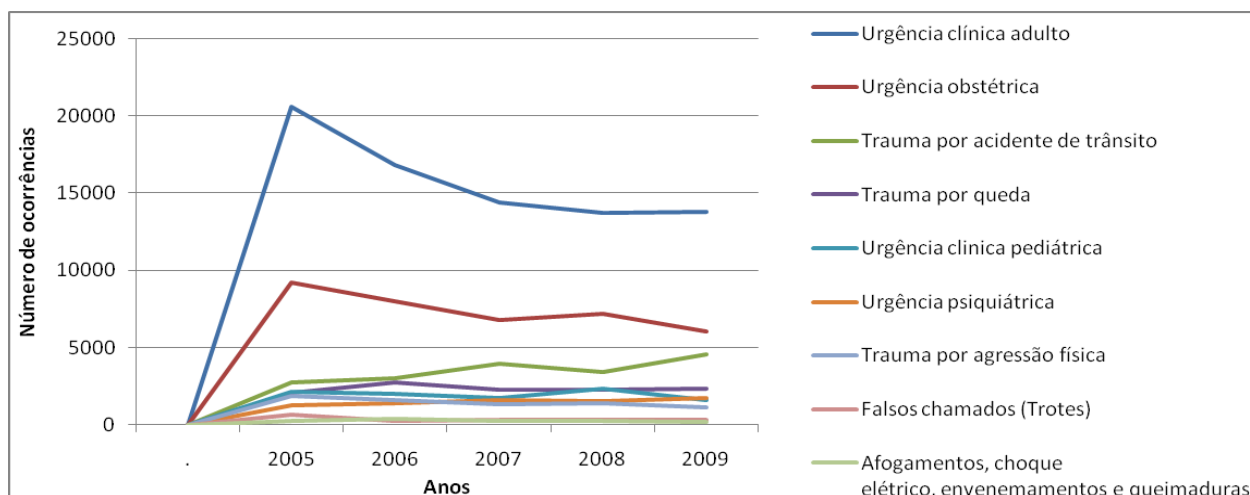


Figura 5: Representação da natureza das ocorrências atendidas pelo SAMU Teresina no período de 2005 a 2009.

Fonte: Fichas de atendimento do SAMU Teresina de 2005 a 2009.

A tabela a seguir aponta média, índice de confiança, desvio padrão, mínima e máxima dos tempos de deslocamento no período de 2005 a 2009 e o tempo médio de resposta do SAMU Teresina em chamados urbanos e rurais, como também o tempo médio de transporte decorrente dos atendimentos.

Tabela 02: Análise univariada do tempo de deslocamento das ambulâncias do SAMU Teresina no período de 2005 a 2009. Teresina, 2010.

	Deslocamento até o local do chamado urbano/min	Deslocamento até o local do chamado rural/min	Deslocamento do local urbano até o hospital/min	Deslocamento do local rural até o hospital/min
Média	13,6	36	11,2	28,6
IC de 95%	12,4-14,7	32,7-36,4	10,1-12,2	26,1-31,0
Desvio padrão	0,8	1,5	0,8	1,9
Mínima	13	33	10	27
Máxima	15	37	12	32

Pode-se observar que a média do tempo resposta do SAMU Teresina na zona urbana foi de 13 minutos e 6 segundos enquanto a média do tempo resposta para zona rural foi de 36 minutos. O tempo médio de transporte até o hospital na zona urbana foi de 11 minutos e 2 segundos e para a zona rural foi de 28 minutos e 6 segundos.

Macedo (2003) define o tempo médio de resposta das equipes do SAMU como o tempo transcorrido desde o momento da recepção do chamado na Central de Regulação até a chegada da equipe ao local da ocorrência. Já o tempo médio de transporte refere-se à média do tempo de transporte do cenário ao hospital de

referência. O autor aponta ainda esses tempos como sendo um dos indicadores de qualidade do serviço.

Para o *Committee on Trauma of Surgeons*, dos Estados Unidos da América o tempo ideal para o atendimento e realização de procedimentos em pacientes vítimas de traumas é de 20 minutos (PEPE *et al.*, 1987; WHITAKER, 1998). Dessa forma, consideramos o tempo resposta como um dos fatores que influenciarão diretamente na qualidade do atendimento e nas chances de sobrevivência e minimização de possibilidades de sequelas, sobretudo das vítimas de agravos violentos e relacionados ao sistema cardiovascular. De acordo com Ball e Lin (1993) a regulamentação americana para os serviços médicos de urgência estabelece que 95% das solicitações em área urbana devem ser atendidas em, no máximo, 10 minutos, sendo este período estendido para 30 minutos para áreas rurais.

Em pesquisa realizada por Deslandes, Minayo e Oliveira (2007), pôde-se observar que a média do tempo resposta no primeiro semestre de 2005 em Manaus foi de 2 minutos; em Recife, de 15 minutos; no Distrito Federal e em Curitiba, de 10 minutos; e no Rio de Janeiro, de 9 minutos. Podemos constatar, então, que o SAMU Teresina está longe do padrão de Manaus, mas próximo dos tempos das demais capitais pesquisadas. Vale ressaltar que esses tempos estão relacionados os deslocamentos ocorridos dentro do perímetro urbano dos municípios. Dessa forma, constata-se que em relação ao deslocamento para o local da ocorrência na zona urbana o SAMU Teresina gasta 36% a mais de tempo que o recomendado.

Em relação ao tempo médio gasto no transporte do local da ocorrência até o hospital de referência, as pesquisadoras constataram que em Manaus era de 5 minutos; em Recife, de 10 minutos; no Distrito Federal, de 30 minutos; no Rio de Janeiro, de 20 minutos; e em Curitiba, de 6 minutos. Assim, pode-se perceber que em algumas capitais o tempo médio de deslocamento até o local da ocorrência é menor que o de deslocamento de lá para o hospital, como é o caso de Manaus, Distrito Federal e Rio de Janeiro. No entanto, a realidade de algumas capitais, como é o caso de Recife e Curitiba, assemelha-se à de Teresina, com diminuição nesse tempo. Acredita-se que, esse evento se deve a fatores como a dificuldade de localização de endereços para a chegada da equipe até as vítimas, distância do local do agravo em relação à localização da UMU, condições de trafegabilidade, visão do condutor no sentido de optar pelo melhor trajeto do local da ocorrência até

o hospital de destino do paciente e descentralização dos hospitais de atendimento. Mesmo havendo essa diminuição percebe-se que o SAMU Teresina gasta 12% a mais do tempo que é recomendado para o transporte da vítima do local do agravo ao hospital no perímetro urbano, ou seja, um minuto e dois segundos (PEPE *et al.*, 1987; WHITAKER, 1998).

Após o atendimento no local da ocorrência, é necessário que se referencie o paciente à unidade de saúde mais próxima e com recursos necessários para o atendimento do agravo. É imprescindível que se conheça as características e os recursos disponíveis em cada unidade de saúde, para que se possa dispensar um atendimento hospitalar voltado para as necessidades de cada paciente. A norma técnica nº. 11/2006 do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), que versa sobre a política nacional de regulação, atribui à central de regulação médica o objetivo de permitir o referenciamento em todos os níveis de atenção nas redes de prestadores públicos e privados, no intuito de assegurar o atendimento à pacientes em condições de urgência e emergência (BRASIL, 2006c).

Realizou-se consolidado do referenciamento dos atendimentos produzidos pelo SAMU Teresina, de acordo com o tipo de estabelecimento de saúde aos quais os pacientes foram encaminhados, como demonstra a tabela que segue.

Tabela 03 : Média, mínima e máxima do referenciamento do SAMU entre os anos de 2005 a 2009. Teresina, 2010.

	\bar{x} ¹	min-max ²
Hospital de Urgência e Emergência referência para o estado do Piauí	8.594	5.002 - 11.766
Hospitais de Urgência e Emergência municipais (média e baixa complexidade)	22.943	17.807 – 28.158
Maternidade de referência para o estado do Piauí	4.133	3.173 – 4.071
Maternidades Municipais	4.829	3.428 - 4.808
Hospital psiquiátrico de referência para o estado do Piauí	1.540	1.777 - 1.279
Hospital de atendimento a doenças infectocontagiosas referência para o estado do Piauí	623	639 – 591
Hospitais privados de Teresina	1.703	960 - 2.399
Outros*	<100	-

¹ Média ² Mínimo-Máximo

* Hospitais, clínicas e ambulatórios com média inferior a 100 atendimentos/ano.

Vale ressaltar que a política de atuação do SAMU encaminha paciente tanto para a rede pública como para a rede privada. O que irá determinar essa seleção será a condição física do paciente, a estrutura da unidade de saúde preferida e a responsabilização dele em relação ao ônus que o atendimento poderá gerar em instituições privadas.

À guisa de esclarecimento é importante destacar que no consolidado dos encaminhamentos efetuados pelo SAMU aos hospitais de urgência e emergência, considerou-se o somatório dos realizados para o Hospital Getúlio Vargas, que foi referência estadual até julho de 2008 e, a partir de então, aqueles referenciados ao Hospital de Urgência de Teresina - HUT.

Os hospitais municipais de urgência e emergência, de média e baixa complexidade, receberam nos anos em estudo 22.943 pacientes/ano, enquanto os hospitais de urgência e emergência de alta complexidade, referência para o estado, realizaram em média 8.594 atendimentos referenciados pelo SAMU/ano.

Os hospitais privados participam no recebimento dos pacientes que têm algum convênio e/ou se propõem a assumir as despesas monetárias do tratamento. Assim 1.703 pacientes, em média, foram encaminhados para estabelecimentos privados.

A tabela traz ainda o termo “outros”, que se refere à média de atendimento inferior a 100 referenciamentos/ano. Esses atendimentos foram drenados a hospitais públicos e privados não especificados na tabela, como também a clínicas e ambulatórios do município de Teresina.

Segundo a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2006b), as Unidades não-hospitalares de atendimento às urgências e emergências devem funcionar 24 horas por dia, habilitadas a prestar assistência correspondente ao primeiro nível da média complexidade. É fundamental que as unidades tenham uma retaguarda pactuada adequada para o referenciamento daqueles pacientes que, uma vez acolhidos, avaliados e tratados neste primeiro nível de assistência, necessitem de cuidados disponíveis em serviços de outros níveis de complexidade. No entanto, a política praticada pelo SAMU se baseia nos Planos de Atenção Integral às Urgências que deixam claro o compromisso de atuação de cada unidade que compõe a rede com relação a implantação da política denominada “vaga zero” nas portas de urgência, conforme disposto na Portaria n. 2.048/02.

Fica explícito, nos quantitativos obtidos pelo SAMU Teresina, uma preocupação de não superlotar os hospitais de referência para o estado. Dessa forma, há uma evidente preocupação em diluir os atendimentos em hospitais de menor complexidade, com o nível de resolutibilidade assegurado.

Cabe ressaltar que ao destacar os indicadores de desempenho para o acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos SAMUs, o Ministério da Saúde elenca, a taxa de mortalidade evitável e de mortalidade geral no ambiente pré-hospitalar, com avaliação de atuação, segundo padrões de sobrevivência, a taxa de sequelas dos pacientes no ambiente hospitalar e a taxa de mortalidade hospitalar imediata nas primeiras 24 horas após o agravo referente aos pacientes transportados. Entretanto, no SAMU Teresina esses pontos não são levantados, acompanhados e tampouco repassados à coordenação nacional do SAMU. Sabe-se que esses dados não são solicitados pelo MS a esse município. Sendo no momento inviável, embora desejável, o seu repasse, em decorrência da desarticulação dessas informações entre o sistema pré-hospitalar e hospitalar no município. Os demais indicadores elencados são repassados mensalmente à coordenação nacional.

5.2 Caracterização da adequação das viaturas de APH do SAMU Teresina

Ao realizar o levantamento de materiais e equipamentos das UMUs, pôde-se perceber que o SAMU Teresina trabalha dentro de uma uniformidade, e que suas viaturas são dotadas de materiais e equipamentos seguindo um padrão na distribuição desses materiais nas ambulâncias de acordo com o seu tipo.

Ao traçar um paralelo dos itens que compõem as UMUs com a portaria 1.864/2003, pôde-se perceber que as viaturas tipo A, ou seja, ambulâncias destinadas ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de morte nas remoções simples e de caráter eletivo diferem do que é preconizado pelo MS, quando não trazem, entre os seus equipamentos, o rádio de comunicação, que permite contato fácil e direto com a central de regulação médica do SAMU Teresina. Esse equipamento é considerado pela coordenação do serviço como essencial, devendo ser disponibilizado a essas unidades de atendimento.

As viaturas tipo B, ou seja, ambulâncias de Suporte Básico, destinadas ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de morte conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de morte desconhecida, com improvável necessidade de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino, diferem da portaria ministerial, quando não traz entre seus equipamentos estetoscópio infantil, protetores para queimados e eviscerados, cobertores estéreis e bracelete de identificação para recém nascido, e coletes reflexivos para tripulação. Pôde-se ainda constatar que clamps umbilicais foram substituídos por ligas, e estiletes estéreis, para o corte do cordão umbilical, foram substituídos por tesoura esterilizada.

Já a viatura tipo D, ou seja, Ambulância de Suporte Avançado, destinada ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos, difere do prescrito na referida portaria, quando não apresenta, entre seus materiais, pinça de *Magyll*, cateteres para traqueotomia, agulhas para a punção óssea, cobertores ou filme metálico para conservação do calor, campo fenestrado, protetores para queimados e eviscerados, cobertores estéreis e bracelete de identificação para Rn e ainda coletes reflexivos para tripulação. Como ocorreu na viatura tipo B, nesta também foram substituídos clamps umbilicais por ligas, e estiletes estéreis por tesoura esterilizada.

A quantidade desses materiais foi adotada a partir da observação da demanda de uso do serviço. Esses são diariamente conferidos e repostos na central do serviço pelo enfermeiro gerente e/ou pelos enfermeiros assistenciais em feriados e nos finais de semana. Outro ponto observado no decorrer da pesquisa é que todos os dias, inclusive finais de semana e feriados, as viaturas passam por vistoria de sua estrutura e seus equipamentos de segurança, por um profissional do núcleo de transporte da FMS. Nesse momento, os condutores são chamados a realizar vários testes nas viaturas no intuito de detectar problemas, inclusive mecânicos. Caso algum seja identificado, a UMU é encaminhada a uma oficina mecânica no intuito de sanar o problema detectado. Contudo a vistoria diária realizada não tem ação sobre o desgaste das viaturas. Nesse sentido pôde-se perceber que no momento da pesquisa a metade da frota encontrava-se bastante desgastada.

Foi constatado nas viaturas tipo B, equipamentos como: desfibrilador automático externo, oxímetro de pulso, aspirador portátil e medidores de glicemia,

não listados na Portaria 1.864/03 como componentes das viaturas. Estes foram agregados no intuito de proporcionar à população uma assistência comprometida com os preceitos da urgência e emergência buscando favorecer acesso a equipamentos extremamente úteis no contexto do atendimento pré-hospitalar.

5.3 Avaliação da Estrutura e das Coordenações do SAMU Teresina na perspectiva dos profissionais que tripulam as UMUs

De acordo com Carvalho *et al* (2000), avaliação em saúde é fundamental para o conhecimento e tomada de decisões. Permite descrição, comparação, análise e explicação de uma série de aspectos na prestação de serviços de saúde. Deve ser propulsora de mudanças e pode ter vários objetivos, dentre eles a melhoria da qualidade dos serviços, que significa adequação a normas pré-estabelecidas. A partir dessa premissa, a avaliação da estrutura do SAMU Teresina se consolida aqui por meio do julgamento da adequação da regulação médica, dos pontos de apoio, estrutura da central e das viaturas, na perspectiva dos profissionais que tripulam as UMUs. Faz-se também análise dos componentes que coordenam e comandam o serviço, como é o caso da coordenação geral, coordenação médica e gerência de Enfermagem. Por meio desse instrumento, pôde-se ainda conhecer a opinião dos profissionais que tripulam as UMUs em relação aos cursos e treinamentos oferecidos pelo serviço e sua satisfação em relação ao trabalho desenvolvido no SAMU Teresina.

Vale destacar que os dados que serão expostos na tabela que se segue, trazem de alguma forma, a aceitabilidade do corpo laboral do SAMU Teresina em relação a sua estrutura, coordenação e capacitações. Pontos esses que influenciam diretamente na satisfação profissional.

Tabela 04: Avaliação da Estrutura e das Coordenações do SAMU Teresina a partir da percepção de seus pares. Teresina, 2010.

Itens avaliados	Categoria profissional	Número absoluto/Percentagem										Total	
		Excelente		Adequado		Mediano		Inadequado		Ruim			
		N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Regulação Médica	Aux./Téc.de Enf.	3	5,7	26	49,1	20	37,7	3	5,7	1	1,9	53	100
	CVU	10	17,5	47	82,5	-	-	-	-	-	-	57	100
	Enfermeiro	-	-	5	38,5	8	61,1	-	-	-	-	13	100
	Médico	14	53,7	3	11,5	6	23,7	-	-	3	11,5	26	100
Pontos de Apoio	Aux./Téc.de Enf.	3	5,7	16	30,2	17	32,1	8	15,1	9	17,0	53	100
	CVU	8	14,0	17	29,8	18	31,6	12	21,1	2	3,5	57	100
	Enfermeiro	-	-	3	23,1	9	69,2	1	7,7	-	-	13	100
	Médico	-	-	6	23,1	15	57,7	2	7,7	3	11,5	26	100
Estrutura sede da Central	Aux./Téc.de Enf.	21	39,6	22	41,5	8	15,1	2	3,8	-	-	53	100
	CVU	36	63,2	16	28,1	5	28,1	-	-	-	-	57	100
	Enfermeiro	4	30,8	8	61,5	1	7,7	-	-	-	-	13	100
	Médico	6	23,1	15	57,7	2	7,7	2	7,7	1	3,8	26	100
Estrutura das Viaturas	Aux./Téc.de Enf.	1	1,9	16	30,2	26	49,1	5	9,4	5	9,4	53	100
	CVU	4	7,0	13	22,8	28	49,1	6	10,5	6	10,5	57	100
	Enfermeiro	-	-	5	38,5	6	46,1	2	15,4	-	-	13	100
	Médico	3	11,5	15	57,7	2	7,7	6	23,1	-	-	26	100
Coordenação Geral	Aux./Téc.de Enf..	38	71,9	11	7,4	4	7,5	-	-	-	-	53	100
	CVU	37	64,9	17	29,8	3	5,3	-	-	-	-	57	100
	Enfermeiro	11	84,6	2	15,4	-	-	-	-	-	-	13	100
	Médico	15	57,7	11	42,3	-	-	-	-	-	-	26	100
Coordenação Médica	Aux./Téc.de Enf.	13	24,5	28	52,8	11	20,8	1	1,9	-	-	53	100
	CVU	16	28,1	25	43,9	16	28,1	-	-	-	-	57	100
	Enfermeiro	1	7,7	5	38,5	5	38,1	1	7,7	1	7,7	13	100
	Médico	8	30,8	14	53,8	4	15,4	-	-	-	-	26	100
Gerência de Enfermagem	Aux./Téc.de Enf.	12	26,6	25	47,2	13	24,5	2	3,8	1	1,9	53	100
	CVU	12	21,1	30	52,5	13	22,8	1	1,9	1	1,9	57	100
	Enfermeiro	2	15,1	10	76,9	1	7,7	-	-	-	-	13	100
	Médico	7	26,9	14	53,8	5	19,2	-	-	-	-	26	100
Capacitações e treinamentos	Aux./Téc.de Enf.	36	67,9	15	28,2	2	3,8	-	-	-	-	53	100
	CVU	39	68,4	15	26,3	3	5,3	-	-	-	-	57	100
	Enfermeiro	8	61,5	5	38,5	-	0,0	-	-	-	-	13	100
	Médico	16	61,5	10	38,5	-	0,0	-	-	-	-	26	100
Trabalho no SAMU	Aux./Téc.de Enf.	28	52,8	20	37,7	4	7,5	-	-	1	1,0	53	100
	CVU	41	71,9	13	22,8	2	3,5	1	1,8	-	-	57	100
	Enfermeiro	11	84,6	2	15,4	-	0,0	-	-	-	-	13	100
	Médico	13	50,0	12	46,2	1	3,8	-	-	-	-	26	100

No que diz respeito à regulação médica, os dados revelam que 49,1% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem e 82,5% dos CVUs julgam adequado o trabalho desenvolvido por essa central. Já 61,5% dos enfermeiros afirmam que a regulação desenvolve suas atividades de forma mediana, e 53,8% dos médicos do SAMU Teresina afirmam que a regulação desenvolve suas atividades de forma excelente.

Para Scarpelini (2007), a função da Regulação Médica é a de avaliação do caso e despacho do melhor recurso pré-hospitalar e de definição do hospital para

o tratamento definitivo. Realizar esse trabalho sem entrar em contato físico com os pacientes, de certa forma, é um ponto suscetível de falhas, o que se traduz para alguns profissionais como sendo erro, ou mesmo falta de habilidade do regulador em desempenhar suas atividades.

Todas as categorias aqui inquiridas qualificam a estrutura dos pontos de apoio como mediana. Neste ítem, enfermeiros e médicos despontam com maior percentual, sendo 69,2% para enfermeiros e 57,7% para médicos. Silva (2008), em seu estudo realizado no SAMU Fortaleza, aponta os pontos de apoio como sendo um item de precariedade dentro do serviço. A autora refere que no serviço por ela estudado há pontos de apoio em que a acomodação dos profissionais se dá em espaço pequeno, sem ventilação e sem banheiros privativos. No estudo realizado no SAMU Teresina, tais itens não foram pormenorizados, no entanto a maioria dos profissionais pesquisados considera esse item como sendo mediano passível de melhorias.

Para 41,5% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem, 61,5% dos enfermeiros e 57,7% dos médicos, a sede da central do SAMU Teresina apresenta uma estrutura física adequada para atender às necessidades do serviço. 63,2% dos CVUs julgam a estrutura física dessa central como excelente. O Ministério da Saúde, em Portaria 2.657/2004, instituiu o programa mínimo para construção de Centrais de Regulação Médica de Urgência (Brasil, 2004) Essa Portaria é complementada pelas Resoluções RDC/ANVISA 50/2002 e RDC/ANVISA 189/2003. Tais resoluções elencam os ambientes indispensáveis à composição da estrutura das Centrais de Regulação. Os respondentes da pesquisa, em sua maioria, classificam a estrutura da central de regulação como adequada, e isso é um bom parâmetro, tendo em vista que esses profissionais percebem indiretamente esta central como a sede da organização e de comando do serviço.

Em relação à estrutura das viaturas do SAMU Teresina, 49,1% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem e dos CVUs; e 46,1% dos enfermeiros julgam a estrutura como mediana. Já 57,7% dos médicos acreditam que a estrutura das viaturas do SAMU Teresina é adequada para prestar atendimentos a pacientes que necessitam de uma UCU. Tais dados se assemelham aos encontrados por Silva *et al* (2009) em Fortaleza onde 71,4 % dos médicos apontam que a estrutura das viaturas deixa a desejar, mas atende a demanda.

Ressalta-se que as viaturas são classificadas de acordo com os equipamentos que possuem, com a tripulação de profissionais e a complexidade de atendimentos que realizam. Tal regulamentação se dá pela Portaria 1.864/2003. Os profissionais de saúde que trabalham em ambiente extra-hospitalar percebem sua viatura como o local para desenvolver de forma eficaz seu trabalho. Sendo assim, as condições físicas e mecânicas das viaturas devem estar adequadas diuturnamente para atendimentos e transporte de pacientes fora das dimensões hospitalares (BRASIL, 2003c).

Gerenciar um serviço do porte do SAMU exige de seus coordenadores autonomia, liderança, firmeza e visão global do serviço. Mais de 50% em todas as categorias profissionais do SAMU Teresina classificam a coordenação geral como excelente. Entre os profissionais pesquisados, 52,8% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem, 43,9% dos CVUs e 53,8% dos médicos do SAMU Teresina julgam a coordenação médica como adequada. Para 38,8% dos enfermeiros, ela se apresenta mediana. Todas as categorias julgam a gerência de Enfermagem como adequada.

O SAMU Teresina tem em sua estrutura hierárquica o coordenador médico e o gerente de Enfermagem, subordinados ao coordenador geral. Observou-se na pesquisa uma aceitação bastante expressiva da coordenação geral, classificada pela maioria dos pesquisados em todas as categorias profissionais como excelente. A coordenação médica e a coordenação de Enfermagem, entre todas as categorias, tiveram seus trabalhos analisados como adequados. Observa-se, desta forma, que os profissionais integrantes do SAMU Teresina confiam no trabalho realizado por seus superiores e o aprovam.

Tal fato pode se traduzir em espírito de liderança e comando desempenhado por profissionais presentes e atuantes dentro do serviço. Moscovici (2003) destaca que o relacionamento interpessoal entre o líder e os membros do grupo é um dos fatores de grande relevância para estabelecer um clima de confiança e respeito, possibilitando relações de harmonia e cooperação.

Gray e Laidlaw (2002) defendem que a comunicação com os superiores tem uma grande influência na satisfação dos subordinados. Considera importante levar *feedback* sobre desempenhos, informação sobre política e regras, instruções de trabalho, tarefas, esquemas e objetivos, forma de comunicação que, segundo

Ilozor (2001), desencadeia a uma elevada satisfação, independentemente da função desenvolvida pelo profissional.

Capacitações e treinamentos devem fazer parte do cotidiano de todos que integram a rede SAMU e se revertem em melhor qualificação técnica para o desenvolvimento de trabalho ágil, seguro e pautado em procedimentos que podem repercutir positivamente no atendimento de inúmeras pessoas. Com relação a esse ponto mais de 60% dos profissionais, em todas as categorias, qualificam as capacitações e treinamentos proporcionados pelo serviço como excelente. De acordo com o universo pesquisado, os cursos e treinamentos oferecidos pelo SAMU podem ser considerados instrumentos de melhoria na qualidade do serviço, tendo em vista que fomentam conhecimentos para o desenvolvimento de suas atividades laborais.

Trabalhar naquilo com que o indivíduo se identifica é sem dúvida a mola propulsora para o reconhecimento profissional e para uma carreira de sucesso. Tais pontos, entre outros aspectos, favorecem o desenvolvimento de atividades com afinco, esmero e compromisso. Mais de 50% dos profissionais de todas as categorias que tripulam as UMUs qualificam o trabalho desenvolvido no SAMU Teresina como excelente. Diversos fatores podem influenciar no grau de satisfação dos trabalhadores. Melhores performances dos profissionais levam à aprovação e ao reconhecimento dos pacientes, e isso certamente se traduz a um melhor desempenho no serviço. Para Pedro e Peixoto (2006) a satisfação no trabalho pode ser entendida como uma cognição, que se traduz em auto-estima, envolvimento no trabalho e comprometimento organizacional.

5.4 Características comuns aos integrantes das equipes de Atendimento pré-hospitalar (APH)

Os profissionais que tripulam as viaturas do SAMU Teresina e que participaram do estudo foram: 53 auxiliares/técnicos de Enfermagem, 57 CVUs, 13 enfermeiros e 26 médicos.

Quanto ao sexo, 83% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem eram femininos e 17%, masculinos; 100% dos CVUs eram masculinos; 85% dos

enfermeiros eram femininos, e 15%, masculinos; 70% dos médicos que compõem a equipe do SAMU Teresina eram masculinos e 30% femininos.

Pôde-se comprovar a predominância do sexo feminino entre as profissões ligadas ao cuidar, como enfermeiros e auxiliares/técnicos de Enfermagem, consideradas genuinamente femininas desde a sua concepção. Também se constatou que a totalidade dos CVUs, bem como a maioria dos médicos, eram do sexo masculino. Silva (2008), ao realizar o diagnóstico situacional do SAMU Fortaleza, encontrou entre os profissionais pesquisados predominância do sexo masculino, com percentual de 61,8% contra 38,2% de feminino. A totalidade do sexo masculino, segundo a autora, observada na categoria CVU pode ser atribuída à maior identificação desses profissionais com esse serviço, dada a força física necessária para desenvolvimento de atividades cotidianas, como movimentar macas, o lidar com peso excessivo e os trabalhos em posições incômodas. Quanto à categoria médicos, constatou-se a predominância do sexo masculino, fato que pode ser reflexo da predominância de homens nessa categoria profissional, no estado do Piauí, como também da maior desenvoltura para o trabalho em situação de estresse situacional e na iminência do perigo advindo do atendimento às ocorrências.

No intuito de caracterizar os profissionais que laboram no SAMU Teresina, além do sexo, pesquisou-se a idade e o tempo de serviço no APH, como mostra a tabela que segue:

Tabela 05: Caracterização dos Profissionais que atuam em unidades móveis do SAMU Teresina quanto à idade e ao tempo de serviço no atendimento pré-hospitalar. Teresina, 2010.

	Categoria profissional	\bar{x}¹	Mediana	(s)²	min-max³
Idade	Aux. / tec. enfermagem	44,5	43,0	6,8	34 – 59
	CVU	49,0	49,0	6,3	37 – 62
	Enfermeiros	40,5	41,0	4,9	30 – 49
	Médicos	38,3	37,5	7,7	28 – 60
Tempo de serviço	Aux./ tec. enfermagem	15,0	15,0	4,3	6 – 20
	CVU	18,2	19,0	3,2	12 – 24
	Enfermeiros	4,5	5,0	1,2	1 – 5
	Médicos	3,8	5,0	1,6	1 – 5

¹ Média ² Desvio Padrão ³ Mínimo-Máximo

Em relação à idade, a média entre as categorias profissionais variou de 38,3 a 49 anos. Pôde-se constatar que a menor média de idade foi a dos médicos, com 38,3 anos, mediana de 37,5 e desvio padrão de 7,7, idade mínima de 28 e máxima de 60 anos. Constatou-se ainda, que a categoria profissional com maior idade foi a dos CVUs, com média e mediana de 49 anos, desvio padrão de 6,3, idade mínima de 37 e máxima de 62 anos.

Dados semelhantes aos encontrados no SAMU Teresina foram observados em estudo acerca do APH móvel realizado em Ribeirão Preto – SP, no qual foi identificada idade entre 28 e 48 anos (95,0%), no entanto, tal estudo não faz a subdivisão das categorias profissionais impedindo melhor comparação e análise (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006). Acredita-se que a idade mais elevada desses profissionais no SAMU Teresina, sobretudo de CVU e Auxiliar/Técnico de Enfermagem, seja decorrente de eles migrarem de um serviço pré-hospitalar anterior denominado de SOS Teresina para o SAMU, o que, por um lado, eleva a média de idade dos profissionais, por outro, leva ao SAMU Teresina servidores com experiência e vivência nesse tipo de serviço.

Vale ressaltar que os enfermeiros e médicos do SAMU Teresina foram vinculados à FMS, por concurso público, sem especificidade da área de atuação. Para que esses pudessem integrar as equipes do SAMU, a FMS realizou teste psicológico, com o objetivo traçar o perfil e as aptidões dos profissionais de curso superior que integrariam o serviço. Foi uma estratégia encontrada pelos administradores para captar dentro da instituição os que mais se aproximavam do perfil exigido pelo MS para o desenvolvimento de atividades no APH móvel. A portaria 1.864/2003 elenca, dentre outros aspectos para os profissionais que trabalham neste serviço: poder de negociação, aptidão para o APH, facilidade de trabalho em público, inteligência emocional, e não somente jovialidade e força física (BRASIL, 2003c).

Tempo de serviço em atividade pré-hospitalar pode dar ao profissional algo que não se obtém somente em cursos e treinamentos, como experiência, por exemplo. Os CVUs aparecem com média de tempo de serviço de 18,2 anos, com mediana de 19 anos, desvio padrão de 3,2 anos, com mínima de 12, e máxima de 24 anos de atuação. Esses são os servidores com maior tempo de atividade no APH, isso se dá em virtude da migração para o sistema SAMU após a extinção do serviço municipal de atendimento pré-hospitalar SOS Teresina. Os médicos se

configuram como a categoria profissional com menor média de tempo de atuação no SAMU Teresina com 3,8 anos, mediana de 5 anos, desvio padrão de 1,6 anos, tempo mínimo de atuação de 1 ano e máximo de 5 anos. Vale ressaltar que nenhum dos profissionais de nível superior pesquisado possuía experiência nesse tipo de atividade.

Sabe-se que o APH se consolidou em Teresina antes da estruturação do SAMU, o que de certa forma favoreceu a aquisição de experiência deste tipo de serviço por auxiliar/técnico de Enfermagem e CVU, tendo em vista que tais atividades eram desenvolvidas na vigência do SOS Teresina, que muito se assemelha às desenvolvidas no SAMU. Contudo, constatou-se que enfermeiros e médicos iniciaram suas atividades no serviço pré-hospitalar concomitantemente com os atendimentos realizados no SAMU Teresina. Estudos realizados em 2006, na cidade de Ribeirão Preto – SP, e em 2008, na cidade de Fortaleza – CE, se assemelham com nossos achados quando trazem que 61,8% e 65,0%, respectivamente, de seus profissionais possuíam menos que 5 anos de experiência no APH (ZAPPAROLI; MARZIALE, 2006; SILVA, 2008).

A Portaria 1.864/GM de 2003 resalta como características comuns aos integrantes das equipes, tanto de SBV como de SAV, equilíbrio emocional, autocontrole, iniciativa, capacidade de cumprir orientações fornecidas pela central de regulação médica e condicionamento físico. Elenca ainda a capacidade de comunicação e de trabalho em equipe, bem como a destreza manual e cursos preparatórios (BRASIL, 2003c).

As equipes de SBV devem ser compostas por auxiliares e/ou técnicos de Enfermagem e por condutores de veículos de urgência. Já as equipes de SAV devem ter composição mínima de condutores de veículos de urgência, enfermeiros e médicos. Em Teresina, optou-se por integrar as equipes de SAV também o auxiliar/técnico de Enfermagem. Sendo assim, no intuito de desvelar como as competências e atribuições desses profissionais eram executadas, pesquisou-se como eles, na concepção de seus pares, se portavam frente a cada uma delas, como demonstra a tabela 6.

Tabela 06: Competências/Atribuições dos Profissionais que Tripulam os Veículos de Urgência do SAMU Teresina, 2010.

Competências /Atribuições	Categoria profissional	Numero absoluto/ Porcentagem										Total	
		Todos		Maioria		Metade		Minoria		Nenhum		N	%
		n	%	n	%	n	%	N	%	n	%		
Possuem equilíbrio emocional/ autocontrole	Aux./Téc.de Enf.	10	18,9	31	58,5	11	20,8	-	-	1	1,9	53	100
	CVU	15	26,3	34	59,6	6	10,5	2	3,5	-	-	57	100
	Enfermeiro	8	61,5	4	30,8	1	7,7	-	-	-	-	13	100
	Médico	3	11,5	21	80,8	2	7,7	-	-	-	-	26	100
Cumprem orientações da regulação médica	Aux./Téc.de Enf.	22	41,5	24	45,3	6	11,3	1	1,9	-	-	53	100
	CVU	30	52,6	21	36,8	4	7,0	2	3,5	-	-	57	100
	Enfermeiro	8	61,5	5	38,5	-	-	-	-	-	-	13	100
	Médico	11	42,3	14	53,8	1	3,8	-	-	-	-	26	100
Possuem condicionamento físico	Aux./Téc.de Enf.	4	7,5	21	39,6	20	37,7	8	15,1	-	-	53	100
	CVU	5	8,8	20	35,1	27	47,4	5	8,8	-	-	57	100
	Enfermeiro	7	53,8	5	38,5	1	7,7	-	-	-	-	13	100
	Médico	5	19,2	12	46,2	7	26,9	2	7,7	-	-	26	100
Apresentam iniciativa	Aux./Téc.de Enf.	14	26,4	28	52,8	7	13,2	4	7,5	-	-	53	100
	CVU	17	29,8	25	43,9	12	21,1	3	5,3	-	-	57	100
	Enfermeiro	7	53,8	6	46,2	-	-	-	-	-	-	13	100
	Médico	5	19,2	15	57,7	3	11,5	3	11,5	-	-	26	100
Demonstram facilidade de comunicação	Aux./Téc.de Enf..	9	26,4	25	47,2	14	13,2	5	9,4	-	-	53	100
	CVU	22	38,6	22	38,6	12	21,1	1	1,8	-	-	57	100
	Enfermeiro	3	23,1	10	76,9	-	-	-	-	-	-	13	100
	Médico	7	26,9	15	57,7	3	11,5	1	3,8	-	-	26	100
Demonstram destreza manual	Aux./Téc.de Enf.	15	28,3	27	50,9	10	18,9	1	1,9	-	-	53	100
	CVU	9	15,8	24	42,1	18	31,6	6	10,5	-	-	57	100
	Enfermeiro	10	76,9	3	23,1	-	-	-	-	-	-	13	100
	Médico	8	30,8	15	57,7	2	7,7	1	3,8	-	-	26	100
Possuem capacidade de trabalho em equipe	Aux./Téc.de Enf.	16	30,2	26	49,1	10	18,9	1	1,9	-	-	53	100
	CVU	20	35,1	24	42,1	11	19,3	2	3,5	-	-	57	100
	Enfermeiro	7	53,8	5	38,5	1	7,7	-	-	-	-	13	100
	Médico	3	11,5	18	69,2	5	19,2	-	-	-	-	26	100
Realizam cursos e treinamentos	Aux./Téc.de Enf.	41	77,3	10	18,9	1	1,9	1	1,9	-	-	53	100
	CVU	46	80,7	9	15,8	2	3,5	-	-	-	-	57	100
	Enfermeiro	12	92,3	1	7,7	-	-	-	-	-	-	13	100
	Médico	24	92,3	2	7,7	-	-	-	-	-	-	26	100

Dentre as categorias profissionais estudadas, pôde-se constatar que os enfermeiros se configuram como os que mais referem equilíbrio emocional e autocontrole. Os dados revelam que 61,5% dos enfermeiros afirmam que todos de sua categoria profissional são capazes de manter autocontrole e equilíbrio emocional no desenvolvimento de suas atividades. O ideal seria que todos os profissionais que laboram no SAMU conseguissem se manter equilibrados emocionalmente. Sabe-se que tal característica influencia diretamente na tomada de decisão, no diagnóstico e consequentemente no tratamento dispensado.

O compartilhar de emoções, atribuições, responsabilidades e procedimentos faz com que o trabalho do profissional no APH seja dotado de características estritamente peculiares. Sentimentos diversos como a satisfação, a insegurança, o prazer, o sofrimento e o estresse emergem diariamente em

diferentes intensidades. Quando profissionais de diferentes áreas estão reunidos em equipe, faz-se necessário que estejam familiarizados com as diferenças entre eles e suas respectivas áreas de conhecimento (IRIBARRY, 2003).

É necessário também, que cada profissional seja dotado de equilíbrio emocional e autocontrole para manter a harmonia no ambiente de trabalho, de forma a levar à clientela atendida assistência de qualidade e voltada para a resolução de seus agravos. Dessa maneira Carvalho (2010), afirma que controle emocional é a capacidade de motivar-se e persistir diante de frustrações; controlar impulsos diários e adiar a satisfação, tendo o poder de ajustar o próprio estado de espírito e impedir que a aflição invada a capacidade de pensar; desenvolvendo a habilidade de criar a empatia e esperar.

Para que o atendimento à população se dê de forma organizada e eficaz, é necessário que as equipes estejam sintonizadas com a regulação médica, que deve manter controle técnico dos atendimentos. Assim, ao se questionar sobre o cumprimento das orientações fornecidas pela regulação médica, 45,3% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem e 53,8% dos médicos afirmam que a maioria dos profissionais de suas categorias cumpre as orientações fornecidas pela regulação médica. Já 52,6% dos CVU e 61,5% enfermeiros afirmam que todos os integrantes de suas categorias profissionais cumprem tais orientações.

Para Janniere, Martinez-Almoyna e Nitschke (1998), a regulação médica desenvolve várias atividades concomitantemente e apresenta uma multiplicidade de atribuições, dentre as quais a responsabilidade pela racionalização e distribuição dentro do sistema, controle da demanda dos pedidos, triagem, classificação, detecção, distribuição, prescrição e orientação, além de despacho e ações para que o sistema funcione adequadamente.

Assim se faz necessário que as equipes assumam papel de subordinação à central de regulação, tendo em vista que esta consegue visão privilegiada do sistema de saúde local. Entretanto, quando ocorrem divergências e não são cumpridas as orientações repassadas pela regulação médica, os profissionais envolvidos são passíveis de sanções disciplinares que cada caso exige.

Sabe-se que em um serviço como o SAMU, destinado ao atendimento a pacientes com necessidade de atenção especial e muitas vezes em situação crítica, o profissionalismo deve-se sobrepor a qualquer divergência, em função de um serviço efetivo. Por esse prisma, os componentes da equipe, especialmente os

condutores e os enfermeiros, são solicitados a colaborarem de forma harmônica com o comando técnico da regulação médica. No entanto, para Silva, Campos e Nogueira (2010), não é raro haver na relação interprofissional a ocorrência de conflitos, que surgem na intenção de assegurar uma assistência de qualidade aos pacientes atendidos.

Diversas particularidades devem ser imputadas aos profissionais que se propõem a atuar em serviço dinâmico como SAMU. Uma delas é o condicionamento físico. Nesse sentido, para 53,8% dos enfermeiros, todos os seus pares têm condicionamento físico para desenvolver suas atividades. Por outro lado, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e Médicos afirmam que a maioria de suas categorias profissionais tem este condicionamento no desenvolvimento de suas atividades como socorristas, com percentuais de 39,6% e 46,2%, respectivamente. Já 47,4% dos CVUs relatam que apenas a metade de seus representantes mantém essa característica para o desenvolvimento de suas atividades laborais no SAMU. É importante destacar que esse é um dos atributos indispensáveis ao serviço porque exige desgaste físico diário em decorrência do grande número de atendimentos prestados.

A Portaria 1.864/2003 é clara quando traz em sua normatização o condicionamento físico para todos os integrantes da equipe do SAMU. Essa normatização se baseia na prestação de atendimento de forma ágil e rápida, no qual a falta de condicionamento físico poderá ser fator de entrave para a prestação adequada do socorro. Assim, Domingues (2001) afirma que o condicionamento físico favorece a diminuição dos efeitos do estresse sobre as capacidades de análise e tomada de decisão dos indivíduos e é ponto de partida para ensejar a capacidade de iniciativa, por isso é indispensável aos profissionais que atuam em serviços com altas taxas de agentes estressores.

Para Vedana (2004), qualquer pessoa adequadamente treinada pode realizar atividades de socorrista, entretanto deve-se levar em consideração sua personalidade, dando-se preferência às mais tranquilas, com alto grau de iniciativa e com capacidade de se interessar por pessoas e seus problemas. O profissional que vai prestar o primeiro atendimento a um acidentado deve ter espírito de equipe, ser calmo, ágil, sensato, dinâmico e, acima de tudo, solidário, determinado e transmitindo ao paciente tranquilidade e confiança.

Para Santos e Bitencourt (2008), iniciativa se traduz na realização de uma atividade específica na qual se busca começar o que não existia anteriormente, encerrar o que ocorria ou desviar a direção ou o tipo de esforço. Tal conceito está relacionado ao que se espera de profissionais que atuam em urgência e emergência. Assim, 52,8% dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, 43,9% dos CVUs e 57,7% dos médicos afirmam que a maioria de suas categorias profissionais possui iniciativa para trabalhar em serviço de urgência e emergência. Quanto aos enfermeiros, 53,8% afirmam que todos de sua categoria têm iniciativa no desenvolvimento de suas atividades. Espera-se que os profissionais que se destinam ao trabalho em urgência e emergência ao qual se inclui os trabalhadores do SAMU possam ter essa característica que favorece a consolidação de condutas adequadas para assumir controle da situação, assegurando recursos necessários para atendimento.

O profissional que possui iniciativa certamente agirá de forma segura, confiante, calma e tranquilizadora, pois decisões importantes devem ser tomadas no momento do primeiro atendimento. Essas decisões exigem uma avaliação consciente, baseada no conhecimento em assistência pré-hospitalar, associado à compreensão da condição que causou a emergência e seus efeitos sobre o indivíduo. A maneira de falar, agir, reagir, responder a quem se atende, de forma firme e segura, transmite a quem necessita do atendimento confiança, fundamental no relacionamento entre o socorrista e vítima. (Comitê Internacional da Cruz Vermelha, 2007)

Quando questionados sobre a capacidade de comunicação, 47,2% dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, 76,9% dos enfermeiros e 57,7% dos médicos afirmam que a maioria de seus pares consegue se comunicar com a equipe e com a comunidade com facilidade. Quanto aos CVUs, 38,6% deles acreditam que todos seus pares se comunicam com a equipe e com a comunidade sem dificuldade.

A comunicação é um instrumento básico para todos que atuam no SAMU, utilizada em todas as atividades desenvolvidas pelo serviço. De acordo com Pereira e Lima (2009), no trabalho coletivo, como o desenvolvido pelo SAMU, sempre há espaço para diálogo, para reflexão, tomada de decisão conjunta, na busca de um objetivo único que é a qualidade do cuidado prestado. A comunicação e a interação são potentes ferramentas desse trabalho, por meio do qual o trabalhador introduz

mudanças na relação de poder existente, tanto entre categorias profissionais, quanto entre profissional-usuário.

Para o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (2007), a comunicação com os componentes de equipe deve ser efetiva, de modo a compartilhar informações relativas ao paciente que está sendo atendido como também à própria segurança da equipe. Na comunicação, é necessário que os integrantes da equipe sejam objetivos e breves, de forma a oferecer informações claras e concisas, limitando-se a conversas necessárias para a troca de informações essenciais. No que se refere à comunicação com populares, parentes e amigos da vítima, a equipe deve tranquilizá-los. Uma comunicação eficaz é fonte preciosa de informações sobre, por exemplo, a identidade e histórico de saúde, e trará benefícios para o paciente e para a equipe. Algumas vezes, a ajuda de pessoas ligadas ao paciente será necessária para o cuidar.

Outra característica necessária ao bom socorrista é a destreza manual. Assim, entre os profissionais pesquisados, 50,9% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem, 42,1% dos CVUs e 57,7% dos médicos do SAMU Teresina afirmaram que maioria de suas categorias profissionais apresenta destreza manual para o desenvolvimento de suas atividades no SAMU, e 76,9% dos enfermeiros afirmam que todos seus pares têm tal competência.

Ciconet, Marques e Lima (2008) afirmam que esse serviço, por ser extremamente ágil e dinâmico, exige de seus executores um atendimento estruturado de forma rápida e segura por equipes especializadas, na perspectiva de qualificar o atendimento às emergências, contribuir para redução do índice de mortalidade e das possibilidades de sequelas, além de organizar a assistência, agilizando o atendimento. Para os autores, tais requisitos são visualizados em equipes capazes de desenvolver suas atividades com desenvoltura, destreza manual e espírito de equipe.

Assim, entre os profissionais pesquisados, constatou-se que, para 49,1% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem, 42,1% dos CVUs e 69,2% dos médicos do SAMU Teresina, a maioria de suas categorias profissionais são capacitados para o trabalho em equipe. No entanto, 53,8% dos enfermeiros acreditam que todos de sua categoria têm essa capacidade.

Araújo e Rocha (2007) definem trabalho em equipe como uma modalidade do trabalho coletivo, caracterizado pela relação recíproca entre as

dimensões complementares de trabalho e interação. Pode ser traduzido como o compartilhar do planejamento, a divisão de tarefas, a cooperação e a colaboração entre os participantes. Para os autores, o trabalho em equipe se solidifica na interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades e, dentro do APH, torna-se indispensável. Peduzzi (2001) afirma que o trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, possibilita uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns.

Pereira e Lima (2009) constataram que o atendimento pré-hospitalar pressupõe o domínio do trabalho em equipe, além da formação técnica ou acadêmica de cada profissional. Assim, o atendimento pré-hospitalar favorece a integração dos profissionais, com valorização do cuidar, caracterizando-se como uma ação de saúde interdisciplinar.

O compartilhar de emoções, atribuições, responsabilidades e procedimentos faz com que o trabalho do profissional do APH seja dotado de características estritamente peculiares. Sentimentos diversos como a satisfação, a insegurança, o prazer, o sofrimento e o estresse emergem diariamente em diferentes intensidades, e a capacidade de trabalho em equipe se concretiza com a adequação e superação desses pontos de entrave.

Para o bom desempenho de suas atividades, os profissionais que laboram no SAMU necessitam estar atualizados. O interesse pela realização de cursos e treinamentos se reflete na busca pela qualificação de cada categoria. Assim, em sua maioria, os pesquisados afirmam que cursos como SBV, SAV, PHTLS, MAST entre outros proporcionados pelo SAMU contribuíram para a melhoria do seu desempenho dentro do serviço de APH, com percentual de 77,4% para os auxiliares/técnicos de Enfermagem, 80,7% para CVU, 92,3% para enfermeiros e 92,3% para médicos.

Segundo Assis, Deslandes e Minayo (2007), os cursos devem ser voltados para o cotidiano dos integrantes do Pré-Hospitalar no intuito de despertar o interesse pelos treinamentos e sugerem a criação de Núcleos de Educação em Urgência para a promoção de capacitações e atualizações para as diversas categorias. Referem que existem muitas “lacunas e fragilidades” no conhecimento e

habilidades dos profissionais. No que se refere aos profissionais do SAMU Teresina, constatou-se o interesse em participar de cursos e capacitações.

5.5 Competências e Atribuições específicas para cada categoria profissional que labora no SAMU.

Buscando equiparar a força de trabalho disponível dentro das unidades móveis de urgência, o MS aponta para cada categoria profissional competências e atribuições distintas, que devem ser definidas, esquematizadas e assimiladas no sentido de minimizar o tempo nos atendimentos, como demonstra a tabela abaixo.

Tabela 07: Competências/atribuições dos profissionais auxiliares/técnicos de Enfermagem do SAMU Teresina, 2010.

Variáveis	Respostas										Total	
	Todos		Maioria		Metade		Minoria		Nenhum			
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Assistem o enfermeiro no planejamento das atividades	15	28,3	15	28,3	9	17,0	8	15,1	6	11,3	53	100
Assistem o enfermeiro durante os atendimentos	17	32,1	18	34,4	9	17,0	6	11,3	3	5,7	53	100
Assistem o enfermeiro na supervisão	14	26,4	20	37,7	7	13,2	5	9,4	7	13,2	53	100
Prestam cuidados a pacientes graves, sob supervisão do enfermeiro	23	43,4	17	32,1	4	7,5	6	11,3	3	5,7	53	100
Prestam cuidados a pacientes graves, à distância do enfermeiro	19	35,8	18	34,0	7	13,2	3	5,7	6	11,3	53	100
Reconhecem sinais e sintomas, em pacientes que atendem	25	47,2	23	43,4	4	7,5	1	1,9	-	-	53	100
Descrevem sinais e sintomas, presentes no pacientes que atendem	27	50,9	21	39,6	5	9,4	-	-	-	-	53	100
Apresentam dificuldade de ministrar medicamentos via oral mediante prescrição do por telemedicina	10	18,9	6	11,3	2	3,8	7	13,2	28	52,8	53	100
Apresentam dificuldade de ministrar medicamentos por via parenteral mediante prescrição por telemedicina	8	15,1	5	9,4	7	13,2	15	28,3	18	34,0	53	100
Realizam curativos	34	64,2	14	26,4	1	1,9	2	3,8	2	3,8	53	100
Prestam cuidados de conforto ao paciente	31	58,5	16	30,2	2	3,8	3	5,7	1	1,9	53	100
Zelam pela segurança do paciente	36	67,9	15	28,3	2	3,8	-	-	-	-	53	100
Realizam manobras de extração manual de vítimas	28	52,8	21	39,6	2	3,8	1	1,9	1	1,9	53	100
Possuem experiência em urgência e emergência	19	35,8	18	34,0	12	22,6	4	7,5	-	-	53	100

Levar ao paciente uma assistência rápida e ágil, buscar diminuir a mortalidade e possibilidades de sequelas e favorecer às vítimas um leque de oportunidades no APH faz com que a pressa se torna amiga da vida. (DESLANDES; MINAYO; OLIVEIRA, 2007).

Pôde-se observar que 28,3% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem acreditam que todos seus pares assistem o Enfermeiro no planejamento de suas atividades. Para 34,4% dos pesquisados, a maioria dos auxiliares/técnicos de Enfermagem do SAMU assistem o enfermeiro durante o atendimento aos pacientes, e para 37,7%, a maioria assiste o enfermeiro nas atividades de supervisão de Enfermagem.

De acordo com a Lei n 7.498/86, em seu Art. 10 e Art. 11, o técnico e o auxiliar de Enfermagem exercem atividade de nível médio, que envolvem orientação e acompanhamento do trabalho do enfermeiro em grau auxiliar, atuando no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe participar da programação dessa assistência. Dessa forma, pôde-se constatar que auxiliares/técnicos de Enfermagem do SAMU Teresina realizam esta atividade como preconiza a lei do exercício profissional.

Lidar diretamente com pacientes no atendimento pré-hospitalar é outra função atribuída aos auxiliares/técnicos de Enfermagem. Nesse sentido, 43,4% dos respondentes referem que todos seus pares prestam cuidados diretos a pacientes em estado grave, sob supervisão do profissional enfermeiro, e 35,8% afirmam que todos prestam esses cuidados mesmo a distância desse profissional.

A resolução COFEN Nº 146/1992, que contempla as funções do técnico e do auxiliar de Enfermagem, aponta que essas atividades só podem ser desempenhadas sob a orientação, direção e/ou supervisão do enfermeiro. Pôde-se observar que 43,4% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem do SAMU Teresina acreditam que, quando a supervisão se dá de forma direta, todos de sua categoria profissional prestam tais cuidados, e quando esse cuidado passa a não contar com a presença do enfermeiro, 35,8 % dos auxiliares/técnicos de Enfermagem informam que todos seus pares conseguem desenvolver tais atividades. Isso deve ser atribuído ao fato da presença do enfermeiro trazer segurança no desenvolvimento das atividades realizadas pelos auxiliares/técnicos de Enfermagem no cuidado ao paciente grave. Dessa forma, os profissionais de Enfermagem seguem um dos

princípios do atendimento pré-hospitalar, que é o de não agravar o quadro da vítima (PHTLS, 2004).

Em relação ao reconhecimento de sinais e sintomas presentes em pacientes aos quais prestam atendimento, 47,2% afirmam que todos os auxiliares e/ou técnicos de Enfermagem do SAMU Teresina conseguem reconhecê-los, e 50,9% acreditam que são capazes de descrevê-los. Dos informantes, 52,8% referem que nenhum de seus pares apresenta dificuldade em administrar medicamentos por via oral, e 34% afirmam que nenhum deles encontra dificuldades em ministrá-los por via parenteral, mediante prescrição do médico regulador.

A Lei do Exercício Profissional traz na redação do Art. 13, § 1º e 3º, as atribuições do técnico e do auxiliar de Enfermagem, a saber: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas e prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente (BRASIL, 2001c). Para a maior parcela dos auxiliares/técnicos de Enfermagem do SAMU Teresina, todos conseguem reconhecer e descrever sinais e sintomas apresentados pelos pacientes que atendem.

Esse reconhecimento é bastante relevante quando se busca prestar um serviço de qualidade. Saber reconhecer e descrever a situação do paciente traz a possibilidade de uma intervenção correta, tendo em vista que, nessa situação, o auxiliar e/ou técnico de Enfermagem será a pessoa mais próxima do paciente e elo deste com o médico regulador, que não integra as unidades de suporte básico, mas que prescreverá condutas e medicamentos que poderão melhorar o quadro do paciente em atendimento. Tais procedimentos devem ser realizados sem deixar de lado a segurança, a integridade e o conforto do paciente.

Para 64,2% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem pesquisados, todos os seus pares realizam curativos durante os atendimentos, 58,5% prestam cuidados de conforto, 67,9% zelam pela segurança do paciente, e 52,8% são capazes de realizar extração manual de vítimas. De acordo com o Núcleo de Educação em Urgência de Santa Catarina (2005), são atribuições dos integrantes do atendimento pré-hospitalar, inclusive dos auxiliares/técnicos de Enfermagem, a mobilização e remoção de pacientes com proteção da coluna vertebral, fazendo uso de pranchas e outros equipamentos de imobilização e transporte, que se configuram nas manobras de extração manual, e a aplicação de curativos e/ou bandagens quando se fizer necessário. A pesquisa constou que um contingente expressivo dos

auxiliares/técnicos de Enfermagem do SAMU Teresina apontam que seus pares executam tais procedimentos durante os atendimentos que realizam.

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu Art. 11, § 4º, atribui aos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem o desenvolvimento de atividades como curativos, cuidados de conforto e o zelo pela segurança dos pacientes atendidos. Essa legislação busca a prestação de serviço ativo de forma a favorecer à população assistida um serviço comprometido e condizente com o que preconiza a Lei do Exercício Profissional para atuação da categoria (COFEN, 2007).

Pereira e Lima (2009) verificaram que a atuação dos auxiliares e/ou técnicos de Enfermagem no APH, se desenvolve em um espaço de autonomia relativa para determinar os procedimentos necessários em cada situação de atendimento prestado. A existência de protocolos e diretrizes de atuação, instrumentalizando o profissional no momento da avaliação da situação e do paciente, são importantes ferramentas, aliadas à possibilidade de contato permanente com o médico regulador. É importante enfatizar que os auxiliares e/ou técnicos de Enfermagem devem desenvolver ações, ocupando certo espaço no processo de trabalho e exercendo autonomia relativa no seu encontro com o usuário, possibilitando a existência de modos diversos de operar as intervenções tecno-assistenciais.

A base legal para a atuação dos CVUs está descrita na Política Nacional de Combate às Urgências, que contempla em seu texto o perfil desse profissional. Como requisitos gerais, o condutor deve ser maior de dezoito anos, ter disposição pessoal para a atividade, equilíbrio emocional e autocontrole, ser capaz de cumprir ações orientadas pela regulação médica e ter habilitação profissional como motorista de veículos de transporte de pacientes.

De acordo com Código Nacional de Trânsito é imprescindível a este profissional a capacidade de trabalho em equipe, e lhe é exigida escolaridade mínima de primeiro grau completo. (Brasil, 2008), O Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN) traz, em sua resolução 168/2004, a necessidade de aprovação em curso especializado com carga horária de 50 horas/aula, o qual visa qualificar os condutores para transportar com segurança e conforto os pacientes ou vítimas de acidentes. (BRASIL, 2004).

Condutores bem treinados, comprometidos e envolvidos com o serviço podem interferir nas chances de sobrevivência e na diminuição na possibilidade de

sequelas em pacientes atendidos pelo SAMU, tendo em vista que o atendimento imediato e o encaminhamento para o atendimento hospitalar giram em torno da chegada rápida ao local da ocorrência, que por sua vez, só poderá ser viável se o condutor conhecer bem a malha viária, as condições de tráfego e, sobretudo conseguir guiar a UMU com segurança e habilidade. As competências e atribuições pertinentes ao CVU encontram-se na tabela que segue.

Tabela 08: Competências/Atribuições dos Profissionais Condutores de Veículos de Urgência do SAMU Teresina, 2010.

Variáveis	Respostas										Total	
	Todos		Maioria		Metade		Minoria		Nenhum			
	N	%	n	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Apresentam dificuldade em conduzir veículo terrestre de urgência	7	12,3	1	1,8	3	5,3	13	22,8	33	57,9	57	100
Detectam alterações nos veículos	32	56,1	17	29,8	5	8,8	3	5,3	-	-	57	100
Solicitam manutenção básica nos veículos	28	49,1	18	31,6	6	10,5	4	7,0	1	1,8	57	100
Seguem orientações da regulação Médica por contato radiofônico	42	73,7	9	15,8	4	7,0	2	3,5	-	-	57	100
Conhecem a malha viária local	30	52,6	20	35,1	6	10,5	1	1,8	-	-	57	100
Conhecem a localização de estabelecimentos de saúde	47	82,5	6	10,5	3	5,3	1	1,8	-	-	57	100
Auxiliam nas manobras de suporte básicos de vida	34	59,6	19	33,3	4	7,0	-	-	-	-	57	100
Auxiliam nas imobilizações e transporte de vítimas	41	71,9	13	22,8	3	5,3	-	-	-	-	57	100
Realizam reanimação cardiorrespiratória básica	30	52,6	19	33,3	5	8,8	3	5,3	-	-	57	100
Identificam materiais nos veículos de socorro.	17	29,8	23	40,4	14	24,6	3	5,3	-	-	57	100

Constatou-se que, para 57,3% dos condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina, nenhum de seus pares possui dificuldade em conduzir veículo terrestre de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes. Para 56,1% destes trabalhadores, todos seus pares conseguem detectar alterações nas UMUs do SAMU, e apenas 49,1% dos condutores informam que todos os profissionais de sua área solicitam manutenção básica nos veículos de urgência.

O Manual do SAMU de Minas Gerais elenca, como atribuições para esse profissional, o trabalho em regime de plantão, a operação de veículos destinados ao atendimento e transporte de pacientes e o conhecimento integral do veículo e seus equipamentos, tanto no que se refere à parte mecânica, quanto aos equipamentos

que compõem as unidades móveis de atendimento. Atribui também como competência a solicitação de manutenção básica do veículo, o auxílio à equipe no atendimento e manejo do paciente, o estabelecimento de contato radiofônico ou telefônico com a central de regulação médica a fim de seguir suas orientações. Traz como condição indispensável a estes profissionais o conhecimento da malha viária local e da localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema pré-hospitalar local (MINAS GERAIS, 2008).

Para a maioria dos profissionais pesquisados, todos os condutores conseguem detectar problemas mecânicos e solicitam manutenção das viaturas, para que elas possam estar preparadas para a realização de ocorrências. A manutenção dos veículos de urgência deve ser realizada rotineiramente no intuito de evitar problemas que possam impedir algum atendimento. Tal evento pode ser impedido, se houver colaboração dos condutores na detecção de problemas e na solicitação de manutenção dos veículos.

Observou-se que, para 73,7% dos condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina, todos de sua categoria estabelecem contato radiofônico ou telefônico com a central de regulação médica, a fim de seguir suas orientações. 52,6% acreditam que todos seus pares conhecem a malha viária local, e 82,5% conhecem a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema de urgência do município.

O contato radiofônico representa uma ferramenta útil quando se trata de fornecer informações do local da ocorrência, sua natureza, estado do paciente que será atendido, como também de levar ao conhecimento da central de regulação informações sobre o mesmo. Esse contato viabiliza a oferta de orientações para a equipe que está *in loco* prestando cuidados. Dessa forma, o médico regulador poderá intervir à distância no atendimento.

Conhecer a malha viária local e as vias de acesso pode interferir nas chances de sobrevivência dos pacientes atendidos no pré-hospitalar, tendo em vista que o não conhecimento pode elevar o tempo resposta do atendimento. Saber chegar a um endereço e ter noção de como chegar mais rápido ao hospital de destino pode interferir nas chances de sobreviver e ser salvo sem ou com sequelas de um agravo.

A cooperação durante os atendimentos é outro ponto relevante. Sobre isso, 59,6% dos CVUs afirmam que todos de sua categoria auxiliam a equipe de saúde nas manobras de SBV, 71,9% referem que todos os seus pares auxiliam a

equipe nas imobilizações e transporte de vítimas. 52,6 % informam que todos realizam medidas de reanimação cardiopulmonar básica, e 40,4% dos condutores declaram que a maioria dos seus pares consegue identificar todos os materiais existentes nos veículos de socorro a fim de auxiliar a equipe de saúde no momento dos atendimentos.

Cooperação no momento dos atendimentos se expressa na realização de procedimentos, ou no auxílio deles, com a imobilização de membros, manobras de ressuscitação cardiopulmonar e transporte da vítima, o que poderá ser responsável pelo sucesso do atendimento. Ter esta atitude é um ponto fundamental para a qualidade do serviço prestado. Outro ponto que deve ser ressaltado é a familiaridade dos condutores com materiais e equipamentos que integram as viaturas, pois assim esses poderão auxiliar os demais profissionais durante os atendimentos prestados com eventual necessidade, principalmente quando se trata de atendimentos em locais e em condições adversas para a equipe e para o paciente.

Pereira e Lima (2009) destacam a função auxiliar do condutor no socorro à vítima, mesmo na equipe de APH avançada. Apontam a necessidade do preparo de todos os profissionais que compõem a equipe pré-hospitalar, especialmente do condutor, que, apesar de não ter formação na área da saúde, é imprescindível no atendimento prestado principalmente pela equipe de suporte básico. Além da fundamentação teórica para o atendimento é preciso treinamento prático, de forma a dominar as técnicas e os equipamentos utilizados nesse tipo de atividade, pois quando os socorristas não estão adaptados ou suficientemente capacitados, o atendimento é prejudicado, havendo morosidade e sobrecarga do socorrista mais habilitado, que assume o atendimento quase sozinho.

Assim como os condutores, os enfermeiros integram as equipes de atendimento pré-hospitalar e podem atuar tanto no atendimento direto ao paciente como na gerência, coordenação e organização do serviço. Durante o atendimento direto, os enfermeiros realizam cuidados assistenciais que lhe competem no intuito de manter a vida do paciente e minimizar a possibilidade de sequelas. Para Martins (2004), a assistência de enfermagem no pré-hospitalar deve estar pautada numa metodologia sistematizada, que vise às peculiaridades deste serviço e propicie ao enfermeiro a possibilidade do cuidado individualizado e comprometido.

Por outro lado no gerenciamento, os enfermeiros que atuam no pré-hospitalar se desdobram para que a parte administrativa favoreça e facilite a

organizacional e assistencial, tendo em vista que um serviço bem gerenciado e organizado possibilita uma assistência voltada para os padrões de qualidade padronizados pelo MS e explicitados na tabela que segue.

Tabela 09: Competências/atribuições dos profissionais enfermeiros do SAMU Teresina, 2010.

Variável	Respostas											
	Todos		Maioria		Metade		Minoria		Nenhum		Total	
	n	%	n	%	N	%	N	%	N	%	n	%
Supervisionam ações de enfermagem durante o Atendimento	5	35,8	8	61,5	-	-	-	-	-	-	13	100
Avaliam ações de enfermagem durante o Atendimento	5	35,8	8	61,5	-	-	-	-	-	-	13	100
Executam prescrições médicas por telemedicina	10	76,9	2	15,4	1	7,5	-	-	-	-	13	100
Prestam cuidados de maior complexidade técnica a pacientes graves	9	69,2	4	30,8	-	-	-	-	-	-	13	100
Tomam decisões imediatas inerentes a sua profissão	8	61,5	5	35,8	-	-	-	-	-	-	13	100
Prestam assistência de enfermagem à gestante	8	61,5	3	23,1	1	7,5	1	7,5	-	-	13	100
Prestam assistência de enfermagem a parturiente	8	61,5	3	23,1	1	7,5	1	7,5	-	-	13	100
Prestam assistência de enfermagem recém-nato	9	69,2	2	15,4	1	7,5	1	7,5	-	-	13	100
Assistem partos sem Distorcia	3	23,1	5	35,8	4	30,8	1	7,5	-	-	13	100
Sugerem temas na educação continuada	5	35,8	8	61,5	-	-	-	-	-	-	13	100
Ministram treinamentos na educação continuada	4	30,8	7	53,8	2	15,4	-	-	-	-	13	100
Realizam controle de qualidade do serviço	2	15,4	9	69,2	1	7,5	1	7,5	-	-	13	100
Obedecem a Lei do Exercício Profissional	12	92,3	1	7,5	-	-	-	-	-	-	13	100
Obedecem Código de Ética de Enfermagem	9	69,2	4	30,8	-	-	-	-	-	-	13	100
Conhecem equipamentos de sua unidade de atendimento	11	84,6	2	15,4	-	-	-	-	-	-	13	100
Manipulam equipamentos que estão em sua unidade de atendimento	9	69,2	4	30,8	-	-	-	-	-	-	13	100
Realizam manobras de extração manual de vítimas	6	46,2	7	53,8	-	-	-	-	-	-	13	100
Possuem experiência previa em urgência e emergência	10	76,9	3	23,1	-	-	-	-	-	-	13	100

Constatou-se que, para 61,5% dos enfermeiros do SAMU Teresina, a maioria de sua categoria profissional supervisiona e avalia as ações da equipe de Enfermagem durante o atendimento. Para 76,9% desses profissionais, todos administram medicações prescritas por telemedicina, e 69,2% afirmam que todos

prestam cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida.

Prochnow *et al* (2008) enfatizam que a supervisão é um dos aspectos administrativos utilizados como força motivadora de integração e coordenação dos recursos humanos e materiais para tornar possível a realização de um trabalho eficiente. Desenvolver atividades de supervisão é uma atividade privativa dos enfermeiros e indispensável para o bom desenvolvimento do trabalho em todas as esferas, abrangendo também o trabalho realizado no SAMU. Avaliar as ações da equipe de Enfermagem durante o atendimento é fundamental para a obtenção da qualidade do serviço prestado à população.

No âmbito do SAMU, os enfermeiros são chamados a trabalhar com os mais diversos tipos de situações, em todos os níveis de complexidade. De acordo com a Lei 7.498/86, compete ao enfermeiro prestar todos os cuidados de Enfermagem e, privativamente, cuidados diretos a pacientes em risco de morte, de maior complexidade técnica que exijam conhecimentos científicos e capacidade de tomar decisões imediatas.

Conhecimento sobre drogas, doses e vias de administração são prioritários ao profissional enfermeiro no desenvolvimento de suas atividades dentro da rede SAMU, tendo em vista que esporadicamente os profissionais serão chamados a executar prescrições médicas realizadas por telemedicina. Tal situação pode ocorrer quando as viaturas assumem a estrutura intermediária, ou seja, tripulada por Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, CVU e enfermeiro. A identificação da complexidade técnica dos cuidados é realizada pelo enfermeiro durante o processo de avaliação da situação do cliente, com base em conhecimentos técnico-científicos e nas habilidades de observação, de interpretação, de ligação ou dissociação de elementos, de avaliação, de tomada de decisão e de intervenção, inerentes à sua formação (GELBCKE, 2008).

Ao se questionar sobre a autonomia dos enfermeiros, 61,5% deles referiram que todos de sua categoria profissional tomam decisões imediatas inerentes à sua profissão. O mesmo percentual garante que os enfermeiros do SAMU Teresina assistem a gestante e a parturiente. 69,5% afirmam que todos prestam assistência de enfermagem ao recém-nato, no entanto, apenas 35,8% dos enfermeiros afirmam que a maioria de seus pares consegue assistir a partos sem distorcia.

De acordo com a Lei nº 7.498/86, cabe a esse profissional a responsabilidade de tomar decisões imediatas inerentes a sua profissão, realizar controle de qualidade do serviço, tendo o cuidado de resguardar a segurança e a integridade de todos os pacientes que assiste (BRASIL, 2001c).

A resolução COFEN Nº 223/1999 dispõe sobre a atuação de enfermeiros na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal, traz em seu Art. 1º a realização do parto normal sem distorcia e imputa essa competência ao enfermeiro obstetra e aos enfermeiros generalistas, estes em situações de urgências. Isso vai ao encontro dos preceitos dos enfermeiros que atuam no SAMU. A referida resolução cita em seu Art. 2º que compete a eles assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, acompanhamento da evolução e do trabalho de parto, execução e assistência obstétrica em situação de emergência e ainda assistência no pós-parto imediato para mãe e recém-nascido.

Outra área de possível atuação do enfermeiro dentro do SAMU é a Educação, quando esses atuam ministrando cursos e treinamentos. Os enfermeiros do SAMU Teresina, apontam que a maioria de sua categoria colabora com os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço, dando sugestões de temas e ministrando treinamentos com percentual de 61,5% e 53,8% respectivamente. Girade, Cruz e Stefanelli (2006) trazem que a Educação continuada é aquela capaz de capacitar o profissional para as mudanças desejadas pela instituição e pela sociedade, desenvolvendo-o como pessoa e como profissional. Tal prática alude à atualização técnico-científica do profissional, voltada para a prática individual.

A portaria nº 2.048/2002, que regula as urgências e emergências, normatiza o APH no Brasil, sugere a criação de Núcleos de Educação em Urgências, cabendo às Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, a responsabilidade por adotar as medidas necessárias ao cumprimento dessa portaria (Brasil, 2002). No entanto, faz-se necessário que todos da equipes, principalmente os profissionais de nível superior, colaborem com os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço, sugerindo temas e ministrando treinamentos quando solicitado. As práticas em saúde e formação de recursos humanos objetivam o controle e adequação do trabalho às exigências de produtividade e qualidade. Para os enfermeiros, é mais uma atribuição que assumem nesse serviço.

Quando questionado sobre a realização do controle de qualidade no serviço inerente a sua profissão 69,2% dos enfermeiros pesquisados acreditam que a maioria de seus pares realiza tal atribuição. Kurgant (2004), traz que o controle de qualidade deve estar no centro da discussão dos serviços, uma vez que anseios, expectativas e interesses dos responsáveis em concretizar esses propósitos são vitais para o alcance das metas institucionais e satisfação dos usuários.

Entre os enfermeiros pesquisados, 92,3% acreditam que todos de sua categoria profissional obedecem à Lei do Exercício Profissional, 69,2% afirmam que todos seus pares obedecem ao Código de Ética de Enfermagem. Esses instrumentos constituem declarações públicas que visam ao aprimoramento do comportamento ético do profissional e expressam questões morais, valores e metas da Enfermagem e levam em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de assistência de Enfermagem à população, o interesse do profissional e de sua organização, que estão centrados na clientela e pressupõem que os agentes de trabalho da Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população. Nesse sentido, é indispensável que os enfermeiros do SAMU obedeçam, na íntegra, à Lei do Exercício Profissional e ao Código de Ética de Enfermagem, pois o não cumprimento desses instrumentos implica as sanções legais cabíveis em cada caso. (BRASIL, 1998; COFEN, 2007).

Com relação aos equipamentos presentes nas viaturas, constatou-se que 84,6% dos enfermeiros acreditam que todos seus pares conhecem os equipamentos que estão em sua unidade de atendimento, e 69,2% os manipulam sem dificuldade. Já 53,8% afirmam que a maioria de sua categoria realiza manobras de extração manual de vítimas, e 76,9% acreditam que os enfermeiros possuíam experiência prévia em urgência e emergência antes de desenvolverem suas atividades laborais no SAMU.

O cuidado de Enfermagem, independente da sua complexidade, exige do profissional competência, entendida como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos técnico-científicos, habilidades e atitudes demandadas pela natureza da profissão (Brasil, 2001c). Nesse caso, é indispensável que tais profissionais conheçam equipamentos que estão em sua unidade de atendimento, manipulem-os sem dificuldade e realizem manobras de extração manual de vítimas. Tais procedimentos se fazem necessários no intuito de facilitar atendimentos. A

experiência profissional prévia em urgência e emergência foi outro ponto abordado e constatado em uma parcela significativa dos profissionais, fato provavelmente contribuinte para o bom desempenho dos enfermeiros que laboram no SAMU Teresina.

É importante enfatizar que, de acordo com Pereira e Lima (2009) os enfermeiros assumem no atendimento pré-hospitalar o papel de articulação, integração da equipe, contribuindo na inter-relação entre as diversas categorias profissionais, além de serem reconhecidos como coordenadores da equipe de enfermagem. Constitui-se em um elo entre a gestão e a assistência, entre a regulação médica e a equipe socorrista, entre a coordenação do serviço e a equipe, pois transitam em quase todos os espaços, atuando junto à equipe básica, junto ao médico no suporte avançado, fazendo a administração do serviço, a supervisão e a educação permanente da equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem, motoristas e de outros atores. Este papel que os enfermeiros têm desenvolvido, de atuação em várias frentes de trabalho, se expressa nas coordenações das atividades de enfermagem, na interligação entre os demais trabalhadores, setores e serviços que laboram no APH.

A inserção do profissional médico dentro do APH se deu a partir do modelo francês, que centra suas atividades neste profissional. O princípio fundamental desse modelo está no despacho de ambulâncias e no direcionamento dos pacientes da cena para o hospital adequado, ambos realizados pelo médico regulador. Essa abordagem pressupõe que a melhor resposta de atenção à urgência será tomada desde o início do processo. (ADNET e LAPOSTOLLE, 2004).

No atendimento de suporte avançado, a equipe funciona seguindo a hierarquia técnica, em que o médico, responsável pelo diagnóstico e prescrição do tratamento, assume a coordenação do processo. A partir da sua avaliação da situação do paciente e das ações que são necessárias, a equipe realiza essas ações de cuidado (PEREIRA e LIMA, 2006).

No Brasil, o médico regulador e o médico assistencial dentro das equipes de APH se consolidaram de modo a galgar algumas competências e atribuições para o desenvolvimento de atividades dentro da rede SAMU, pesquisadas e expostas na tabela que se segue.

Tabela 10: Competências/Atribuições dos Profissionais Médicos do SAMU Teresina, 2010.

Variáveis	Respostas										Total	
	Todos		Maioria		Metade		Minoria		Nenhum			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%
Conhecem a rede de saúde	13	50,0	13	50,0	-	-	-	-	-	-	26	100
Possuem visão dos meios e das portas atendimento	11	42,3	9	34,6	5	19,2	1	3,8	-	-	26	100
Checam capacidades da rede hospitalar	7	26,9	13	50,0	5	19,2	-	-	1	3,8	26	100
Recebem chamados, realizando análise e classificando-as por prioridades	11	42,3	12	46,2	3	11,5	-	-	-	-	26	100
Realizam seleção de meios para atendimento	8	30,8	14	53,8	4	15,4	-	-	-	-	26	100
Fazem acompanhamento do atendimento local	7	26,9	8	30,8	7	26,9	4	15,4	-	-	26	100
Determinam local de destino do paciente	11	42,3	12	46,2	3	11,5	-	-	-	-	26	100
Prestam orientação telefônica	22	84,6	4	15,4	-	-	-	-	-	-	26	100
Mantêm contato diário com os serviços médicos de emergência	8	30,8	4	15,8	6	23,1	8	30,8	-	-	26	100
Exercem controle operacional da equipe ao nível pré-hospitalar	12	46,2	13	50,0	1	3,8	-	-	-	-	26	100
Realizam controle periódico de qualidade do serviço	4	15,4	11	48,3	8	30,8	1	3,8	2	7,7	26	100
Avaliam o desempenho da equipe nos atendimentos	2	7,7	14	53,8	4	15,4	3	11,5	3	11,5	26	100
Sugerem temas para treinamentos	3	11,5	14	53,8	6	23,1	2	7,7	1	3,8	26	100
Ministram treinamentos	2	7,7	14	53,8	7	26,9	3	11,5	-	-	26	100
Preenchem documentos do médico regulador	13	50,0	8	30,8	3	11,5	2	7,7	-	-	26	100
Preenchem documentos da assistência pré-hospitalar	15	57,7	8	30,8	3	11,5	-	-	-	-	26	100
Garantem a continuidade da atenção ao paciente grave	18	69,2	7	26,9	1	3,8	-	-	-	-	26	100
Obedecem ao código de ética médica	16	61,5	9	34,6	1	3,8	-	-	-	-	26	100

Para 50% dos médicos do SAMU Teresina, todos de sua categoria conhecem a rede de serviços de saúde da região. Assim 42,3% acreditam que todos têm visão global e atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência que poderão dispor.

Para Martincz-Almoyna e Rezende (1995), a função primordial da regulação médica é orientar melhor as urgências em direção a estruturas eficientes, e tem por finalidade a eficácia nos atendimentos e a melhor distribuição da assistência na urgência, em função dos recursos disponíveis ao menor custo. A palavra regulação toma aqui o seu sentido literal, ou seja, o de controlar, sujeitar a regras, dirigir a tendência natural para o crescimento da procura, devido a uma

diminuição da oferta dos serviços de saúde. A regulação tende a canalizar as urgências para hospitais com maior capacidade e menor lotação, fazendo uma distribuição mais equânime dos pacientes a serem atendidos dentro da rede hospitalar de urgência e emergência.

A verificação das capacidades hospitalares favorece a visão do sistema. Quando questionados, 50% dos médicos do SAMU Teresina afirmaram que a maioria de seus profissionais checam através de contato telefônico a cada plantão de 12 horas essas capacidades, 46,2% relataram que a maioria realiza recepção dos chamados de auxílio, fazendo análise da demanda, classificando-as por prioridades de atendimento, e a maioria, 53,8%, realiza seleção de meios para atendimento dos pedidos de socorro. Para 30,8% desses profissionais, a maioria faz acompanhamento do atendimento local, 46,2% acreditam que a maioria de seus pares determina o local de destino do paciente, e 84,6% defendem que todos realizam orientações telefônicas durante as solicitações de chamado, se for o caso.

Silva (2010), em pesquisa realizada no SAMU Belo Horizonte expõe que apenas 11,27% das chamadas relativas ao ano 2009 não resultam em algum tipo de orientação e atendimento. Tal dado diverge dos encontrados no presente estudo quando aponta que das chamadas 0,8 % não geraram atendimento ou orientação, tendo em vista que 84,6% dos médicos dos SAMU Teresina manifestam que seus pares realizam orientações telefônicas aos usuários.

Martinez-Almoyna e Nitschke (1999) apontam como função dos médicos reguladores a manutenção do contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema, no intuito de checar suas capacidades operacionais. Dessa forma, a regulação médica poderá saber para onde drená-los e de que recursos cada serviço dispõe para o atendimento dos pacientes socorridos. É imprescindível, portanto, que a equipe médica possua uma visão global e atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar e das portas de urgência, ou seja, dos hospitais e centros de saúde que podem ser solicitados a prestar atendimento de urgência e emergência à população. No entanto, para manter-se atualizado, faz-se necessário que tais profissionais chequem periodicamente as capacidades operacionais da rede no intuito de realizar seleção de meios para atendimento.

Martinez-Almoyna e Rezende (1995) expõem outro ponto de contribuição do SAMU e da regulação, que é o exportar da orientação médica para além dos

muros hospitalares, com o atendimento por meio da telemedicina, possibilitando o acompanhamento do paciente durante atendimento local a distancia e de alguma forma gerenciando os recursos de urgência médica, humanos, técnicos e de transporte, como também da própria rede hospitalar e dos profissionais da região.

Manter contato diário com hospitais, checando sua capacidade, traz visão global da rede de atendimento. Assim, 30,8% dos médicos do SAMU Teresina afirmam que todos de sua categoria mantêm contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema, no entanto o mesmo percentual refere que apenas a maioria mantém este contato. 50% desses profissionais relatam que a maioria de seus pares exerce o controle operacional da equipe na assistência ao nível pré-hospitalar. Para 48,3% dos médicos desse serviço, a maioria de seus representantes realiza controle periódico de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão.

A equipe médica de regulação deve analisar a demanda, avaliar as necessidades do solicitante, classificar as prioridades entre as diferentes necessidades e escolher os serviços mais apropriados para atender à ocorrência. Tudo isso com um máximo de eficiência, isto é, ao menor custo e máximo benefício para todos. Assim a regulação garante a igualdade de acesso à assistência nas urgências.

Para 53,8% dos médicos desse serviço, a maioria de sua categoria avalia o desempenho da equipe nos atendimentos, sugere temas e ministra treinamentos. 50% desses profissionais acreditam que todos seus pares preenchem os documentos inerentes à atividade do médico regulador, e 57% apontam que todos de sua categoria preenchem os documentos inerentes à atividade assistencial no desenvolvimento da assistência pré-hospitalar. 69,2% assinalam que todos garantem a continuidade da atenção médica ao paciente grave antes de deixá-los nos hospitais de referência, e 61,5% acreditam que seus pares obedecem ao Código de Ética Médica.

Os cursos, capacitações e treinamentos devem fazer parte do cotidiano de todos os profissionais que integram o SAMU, e isso não exclui os médicos que integram o serviço. As formas de ministrar tais instrumentos de Educação devem ser as mais diversificadas possíveis. Segundo Laveng e Savoldelli (1995), a equipe do SAMU França há muito tempo, utiliza como estratégia para treinamentos o intercâmbio de conhecimento com outros países e as vídeo-conferências. Dessa

forma, os profissionais podem interagir em tempo real com quem está proferindo os treinamentos. Outro ponto a se ressaltar é a possibilidade de sugestões de temas a serem abordados com a finalidade de suprir as necessidades dos integrantes da rede SAMU e possibilitar a cada um deles o compartilhar de sua experiência e conhecimento, com a possibilidade de ministrar palestras, cursos e treinamentos.

A regulação médica recebe continuamente informações de diferentes protagonistas de toda sociedade, devendo realizar controle periódico de qualidade do serviço prestado à população, por meio da análise da capacidade de resposta às urgências, podendo assim, avaliar o desempenho da equipe nos atendimentos (MARTINCZ-ALMOYNA; REZENDE, 1995).

A Portaria 814/2001 traz como competência dos médicos do SAMU o preenchimento dos documentos referentes às atividades no desempenho de suas funções frente à regulação médica ou no desenvolvimento de atividade próprias do médico assistencial no desenvolvimento da assistência pré-hospitalar. A referida portaria busca garantir, entre outras questões, o comprometimento do profissional, imputando-lhe a continuidade da assistência médica ao paciente grave e em risco de morte (BRASIL, 2001a).

O Código de Ética Médica, em sua Resolução nº 1.931/2009 do Conselho Federal de Medicina, traz no Art. 17 que é vedado deixar de cumprir, salvo por motivo justo, as normas dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina. O Art. 18 desse código considera como infração dos profissionais médicos a desobediência aos acórdãos e às resoluções dos Conselhos Federal e Regionais de Medicina.

5.6 Descrição da capacitação técnica dos profissionais que tripulam as UMUs

A capacitação dos profissionais que tripulam as UMUs do SAMU se fundamentam em cursos e treinamentos essenciais para o desenvolvimento de atividades durante atendimentos no pré-hospitalar. Scarpelini (2007) salienta que os treinamentos destinados às equipes, embora não padronizados para todo o país, são baseados em cursos de curta duração como o *Advanced Trauma Life Support (ATLS®)*, *Advanced Cardiac Life Support (ACLS®)*, *Basic Life Support (BLS®)*, *Pediatric Advanced Life Support (PALS®)*, *Prehospital Trauma Life Support (PHTLS)*

entre outros. Os cursos e treinamentos oferecidos aos profissionais que tripulam as viaturas do SAMU Teresina foram explicitados na tabela que segue.

TABELA 11: Cursos e treinamentos proporcionados pelo SAMU por categoria profissional. Teresina. 2010.

	Aux./Tec. de Enfermagem				CVU				Enfermeiro				Médico			
	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%	Sim	%	Não	%
Introdutório	41	77,3	12	22,6	23	40,3	34	59,6	13	100	0	0	15	57,6	11	42,3
MAST	51	96,2	2	3,7	46	80,7	11	19,2	*		*		*		*	
Atualização em Serviço	51	96,2	2	3,7	42	73,6	15	26,3	10	76,9	3	23,1	9	34,6	17	65,3
Regulação Médica	17	32,0	36	67,9	10	17,5	47	82,4	-	-	13	100	20	76,9	6	23,1
SBV	51	96,2	2	3,7	47	82,4	10	17,5	10	76,9	3	23,1	15	57,6	11	42,3
SAV	46	86,7	7	13,2	19	33,3	38	66,6	9	69,2	4	30,7	14	53,8	12	46,1
PHTLS	*		*		*		*		12	92,3	1	7,6	17	65,3	9	34,6
ACLS	*		*		*		*		12	92,3	1	7,6	19	73,0	7	26,9

*Curso não destinado ou não oportunizado a esta categoria profissional.

Ao serem questionados sobre a realização de curso introdutório no início das atividades do SAMU, 100% dos enfermeiros afirmaram terem realizado, no entanto 59,6% dos CVUs afirmam que o introdutório não foi disponibilizado à sua categoria profissional. Esse curso se baseou em normatização da Portaria 2.048/2003, que esquematiza as diretrizes do atendimento pré-hospitalar em todo o país e contempla em sua redação o currículo mínimo para a realização de tal curso (BRASIL, 2003a).

O curso Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST) foi proporcionado aos profissionais de nível médio e elementar, sendo realizado por 96,2% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem e por 80,7% dos CVUs. Tal treinamento pode destinar-se a enfermeiros, no entanto ainda não foi oferecido a profissionais de nível superior.

As atualizações em serviço são uma constante no SAMU Teresina, sendo referida a participação por 96,2% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem. Constatou-se a não participação dos médicos em 65,3% dos casos. Essa modalidade de capacitação favorece aos profissionais uma integração direta com os instrutores e a possibilidade de corrigir possíveis falhas no momento dos atendimentos, levantando-se as causas das intervenções e suas consequências para os pacientes atendidos, tendo em vista a discussão *in loco* e oportuna dos casos.

O curso de regulação médica foi oferecido a todas as categorias profissionais no intuito de fazer o grupo compreender como funciona esse serviço e quais os passos que deve percorrer a solicitação dentro da central de regulação até que o médico decida por o envio de uma UMU para o atendimento de uma ocorrência. No entanto percebemos uma participação pequena dos profissionais que laboram no SAMU Teresina. Observou-se que não houve participação dos enfermeiros no referido curso. No entanto, 76,9% dos médicos afirmam ter participado, sendo para esta categoria o objetivo central deste curso.

Alguns cursos podem ser indispensáveis no currículo dos profissionais do SAMU. Dessa forma, a coordenação do SAMU Teresina elegeu como prioritário o curso de SBV para todas as categorias profissionais. Constatou-se que 96,2% dos auxiliares/técnicos de Enfermagem, 82,4% dos CVUs, 76,9% dos enfermeiros e 57,6% dos médicos referem que realizaram o treinamento em SBV. O treinamento em SAV deve ser realizado em especial pelos profissionais que tripulam as viaturas avançadas, no intuito de prestar assistência aos pacientes que necessitem de tais procedimentos. Ao questionarmos os profissionais sobre a realização desse treinamento, constatamos a participação de 69,2% dos enfermeiros e 53,8% dos médicos.

Silva (2008) constatou que 75,3% dos profissionais pesquisados realizaram treinamento em SBV, e 11,2% participaram do treinamento em SAV. Dessa forma, percebe-se um maior número de profissionais treinados em ambos os cursos no SAMU Teresina, sendo a média de 82,5% dos profissionais capacitados em Suporte Básico e 61% capacitados em SAV

Os cursos PHTLS e ACLS são destinados a médicos e enfermeiros que laboram nas áreas de urgência e emergência. Constatou-se que 92,3% dos enfermeiros realizaram o PHTLS e ACLS, enquanto 65,3% dos médicos do SAMU Teresina realizaram o PHTLS, e 73% realizaram o ACLS. Bonito (2004) acredita que os cursos de socorrismo são frequentados apenas por quem quer, por quem pode ou por quem conhece e está motivado, o que certamente não é o ideal. Para o autor, é necessário que haja um programa que inclua formação em ambiente de ensino, certificação e profissionalismo relacionado à docência por parte dos instrutores.

Apropriar-se dessas capacitações oferecidas tem permitido aos participantes dos cursos, treinamentos e oficinas resgatarem o seu processo de aprendizagem e qualificação, como também se prepararem para entender, acolher e

atender com qualidade quem necessita. Desse modo, ambos, paciente e profissional, conseguem os objetivos que almejam.

6 CONCLUSÃO

O SAMU é produto da Política Nacional de Atenção às Urgências instituído pela Portaria 1.864/2003 e reflete a opção do MS, que elegeu o atendimento pré-hospitalar como monitor do serviço de urgência e emergência, tendo como principais características a regulação médica e integração com os princípios do SUS. A rede nacional SAMU 192 se configura na regulação das urgências e emergências pré-hospitalares. Isso confere um atendimento médico direto e indireto a todas as chamadas, permitindo uma resposta apropriada, assegurando a disponibilidade de recepção dos pacientes bem como de hospitalização, além de proporcionar atendimento contínuo até o ingresso do paciente na rede hospitalar.

No que diz respeito aos resultados obtidos pelo SAMU Teresina no período pesquisado, pôde-se perceber que o serviço satisfaz a maioria dos itens listados pelas portarias ministeriais 1.863, 1.864 e 2.048. Constatou-se que o maior número de chamados foi originado a partir de solicitações para o atendimento de urgências clínicas em adultos, seguidas por urgências obstétricas e atendimento a vítimas de acidentes de trânsito com percentual de 42,6%, 22,6% e 10,7% respectivamente. Essa situação é própria de município onde a população atendida pelo pré-hospitalar é constituído, em sua maioria, de pessoas de baixo poder aquisitivo, que por vez necessitam recorrer a esse serviço para receber atendimento médico; e de adolescentes e adultos jovens das diversas classes sociais vítimas de acidentes de trânsito e de atos de violência, o que remete à realidade de uma das capitais brasileiras com maior índice de agravos por causas externas.

No que se refere à avaliação dos tempos médios produzidos pelo SAMU Teresina, constatou-se o tempo de deslocamento até o local de atendimento de 13 minutos e 6 segundos na zona urbana, e de 36 minutos na zona rural. Sendo 36% maior que o esperado para a zona urbana e 20% para a rural. Quanto ao deslocamento do local de atendimento até a unidade hospitalar, a constatação foi de 11 minutos e 2 segundos e 28 minutos e 6 segundos, na zona urbana e na rural, com elevação do tempo esperado em 12% para o deslocamento em perímetro

urbano e diminuição de 14% do tempo na zona rural respectivamente. Por esses dados, percebe-se a necessidade de diminuí-los, no intuito de conseguir prestar atendimento ágil à população atendida. As condições de tráfego e a educação no trânsito impactam sobremaneira no tempo resposta e influenciam no tempo de chegada da equipe ao local da ocorrência e daí ao serviço de referência.

Observou-se, que o referenciamento dos atendimentos realizados pelo SAMU Teresina demonstra que o serviço busca diluir a demanda em hospitais de média e baixa complexidade no intuito de não sobrecarregar os hospitais de referência. Atualmente um dos maiores entraves ao serviço é o referenciamento para o único hospital público de Teresina com atendimento ao trauma que se encontra com sua capacidade operacional constantemente extrapolada, o que, para o SAMU, implica morosidade na entrega do paciente e resgate de material permanente das viaturas, indispensável ao atendimento de outras vítimas de trauma.

No SAMU Teresina os indicadores taxa de mortalidade evitável e de mortalidade geral no ambiente pré-hospitalar, taxa de sequelas dos pacientes no ambiente hospitalar e a taxa de mortalidade hospitalar imediata nas primeiras 24 horas após o agravo referente aos pacientes transportados não são repassados à coordenação nacional do SAMU. Para que haja esse repasse é necessário um sistema informatizado e integrado que possibilite o rastreamento de informações sobre os pacientes atendidos pelo SAMU, após sua entrada nas unidades hospitalares.

Em relação às viaturas do SAMU Teresina no momento da pesquisa, pôde-se observar que metade delas necessitava de renovação. Apesar de a FMS de Teresina paulatinamente substituir a frota, o desgaste foi evidente, no entanto se percebeu uma preocupação em manter essa frota em condições de funcionamento e dotada de materiais de consumo padronizados pela normatização vigente e pelo serviço. Observou-se ausência de um dos itens padronizados para as viaturas tipo A, cinco para as viaturas tipo B e dez para as viaturas tipo D. Esses foram excluídos dos materiais das viaturas pela coordenação local provavelmente por não os elegerem como prioridade para os atendimentos aqui realizados. Percebeu-se ainda a aquisição de equipamentos como oxímetro de pulso, aparelho para realização de glicemia capilar e desfibrilador automático externo, não padronizados na normatização, mas que foram integrados às viaturas de suporte básico.

Reportando-se, por fim, à realidade encontrada no SAMU Teresina em relação aos recursos humanos, pôde-se perceber que as categorias profissionais que laboram neste serviço comungam com a idéia de que a maioria de seus executores encontra-se desenvolvendo suas atividades de acordo com os preceitos da normatização vigente. Observou-se que há oferecimento de cursos, treinamentos e atualizações para esses trabalhadores, que se qualificam para a prestação de atendimento à população que assistem. Percebeu-se ainda a realização de cursos considerados básicos e indispensáveis aos profissionais que trabalham no SAMU Teresina. No entanto, de acordo com a normatização vigente, é necessária a criação de um núcleo de educação permanente a esses trabalhadores, projeto cuja concretização em curto prazo não foi percebida no decorrer da pesquisa.

Há que se considerar que, apesar dos profissionais pesquisados conseguirem perceber pontos em que se precisa avançar e melhorar, quando questionados sobre o trabalho que conseguem desenvolver dentro do SAMU Teresina, a maioria avalia-o como excelente. Dessa forma, pôde-se perceber que esses trabalhadores conseguiram assimilar a missão do atendimento pré-hospitalar. Fazem de seu trabalho um instrumento para o avanço da assistência em saúde, tendo-o como segmento indispensável na cadeia de atendimento a pacientes vítimas de urgências e emergências clínicas, obstétricas, psiquiátricas e traumáticas. Percebeu-se então, no decorrer da pesquisa, um grande envolvimento, compromisso e responsabilidade por parte de todas as categorias profissionais do SAMU Teresina no cumprimento de suas atividades.

Constatou-se acessibilidade à qualificação dos integrantes e sua disponibilidade em participar de cursos e treinamentos, como também disponibilidade de recursos materiais nas UMUs. Porém, é igualmente oportuno destacar a necessidade de melhorias no intuito de diminuição do tempo resposta e otimização da oferta hospitalar, especialmente no atendimento ao paciente vítimas de trauma.

6.1 SUGESTÕES

Os resultados obtidos neste estudo permitiu tecer algumas recomendações no sentido de chamar atenção de gestores, coordenadores, profissionais e população para o serviço prestado pelo SAMU Teresina que necessita desenvolver suas atividades de acordo com normatização vigente, sendo necessário o empenho de todos os atores da sociedade no favorecimento e viabilização das ações desenvolvidas pelo serviço.

- Institucionalização de política avaliativa eficaz dentro dos SAMUs;
- Estabelecimento de metas a nível federal, que determinem a melhoria dos SAMUs no Brasil;
- Desenvolvimento de *feedback* do nível central com as coordenações estaduais e municipais no sentido de conhecer pontos que necessitam ser melhorados dentro do serviço;
- Criação da cultura avaliativa dentro dos serviços buscando junto aos profissionais a identificação de pontos de entrave com a finalidade de diminuí-los e/ou elimina-los;
- Criação de leitos hospitalares em hospitais públicos de Teresina destinados ao atendimento de pacientes vítimas de trauma como também os acometidos por doenças do aparelho cardiovascular;
- Informatização e integração das redes de atendimento pré-hospitalar com a hospitalar no intuito de manter visão atualizada do sistema, detectando pontos de estrangulamento;
- Disponibilização de profissionais capacitados e equipamentos indispensáveis em hospitais de referência para o trauma, no intuito de se preservar a continuidade do atendimento;
- Levantamento junto às equipes do SAMu sobre os fatores que elevam o tempo resposta com a finalidade de diminuí-lo;
- Estruturação de núcleos de educação continuada para a capacitação, certificação e re-certificação dos profissionais que integram a rede SAMU, como também para aqueles que trabalham nos setores de urgência e emergência dos hospitais locais;

- Disponibilização, para as viaturas, de materiais não incluídos no SAMU Teresina, mas normatizados pela portaria 2.048/2002;
- Criação de campanhas educativas e de conscientização que busquem diminuição dos falsos chamados, como também de métodos de punição para os indivíduos que os pratiquem.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, mar./abr. 2007.

ASSIS S.G., DESLANDES S.F., MINAYO M.C.S. Prevenção, monitoramento, capacitação e pesquisa. In: Minayo M.C.S., Deslandes S.F., (Org.). **Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro, 2007.

AZEVEDO, T.M.V.E. **Atendimento pré-hospitalar na Prefeitura do Município de São Paulo**: análise do processo de capacitação das equipes multiprofissionais fundamentada na promoção da saúde. 2002. 100 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BALL, M.O.; LIN, L.F. A reliability model applied to emergency service vehicle location. **Operations Research**, v. 41, n. 1, p. 18-36, jan. 1993.

BONITO, J.B. Urgente: socorrista, precisa-se. **Évora**, Lisboa, v. 2, p. 325-349, mai. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.923, de 09 de Junho de 1998**. Institui o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para atendimento de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 824, de 24 de junho de 1999**. Aprova o texto de Normatização de Atendimento Pré-Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 814, de 01 de junho de 2001**. Estabelece a normatização dos serviços de atendimento pré-hospitalar móvel de urgências e define princípios e diretrizes da regulação médica das urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 737 de 16 de maio de 2001**. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. **Lei n. 7.498**, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP). Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo; p. 36-41, 2001c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2048, de 05 de Novembro de 2002**. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.072, de 29 de Setembro de 2003**. Institui o comitê gestor Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.863, de 29 de Setembro de 2003**. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1864, de 29 de Setembro de 2003**. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgências em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de regulação médica das urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Política nacional de atenção às urgências**. 3ª edição ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Norma Técnica n.11** Versa sobre a política nacional de regulação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério das Cidades. Departamento Nacional de Trânsito. Conselho Nacional de Trânsito. **Código de Trânsito Brasileiro**. Brasília; 2008

CARVALHO, R. **Importância do equilíbrio emocional para as tomadas de decisão no contexto organizacional**. 2008. Monografia (Trabalho de conclusão de curso de estágio do curso de administração) Instituto Fayol de Ensino Superior, Itajaí, 85f, 2008.

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **Mundo da Saúde**, n.24, v.24 p.72-88, 2000.

CHIAVENATO, I. **Comportamento organizacional**: a dinâmica do sucesso das organizações. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

CICONET, R.M.; MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato de experiência de Porto Alegre – RS. **Interface-Comunicação Saúde Educação**, v.12, n.26, p. 659 – 666, jul./set., 2008.

COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. **Primeiros Socorros em conflitos armados e outras situações de violência**. Genebra – Suíça: CICV. Dez, 2007. Versão em português.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 311/2007**. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro, 2007.

_____. **Resolução n. 223/1999**. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. Rio de Janeiro, 1999.

_____. **Resolução n. 146/1992** Normatiza em âmbito nacional a obrigatoriedade de haver enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. Rio de Janeiro, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução n. 1.931**, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. Brasília, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., *et al.* A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. IN: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. Avaliando uma Avaliação da institucionalização. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p 705-711, set. 2006.

DAYCHOUM, M. **40+2 Ferramentas e Técnicas de Gerenciamento**. Rio de Janeiro: Brasport, 2007.

DESLANDES, S.; MINAYO, M. C. S.; OLIVEIRA, A. F. Análise da implementação do atendimento pré-hospitalar. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F., (Org.) **Avaliação diagnóstica da política nacional de redução de acidentes e violências**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. v. 1, p. 139-158.

DOMINGUES, C. A. **O condicionamento físico diminuindo as influências do stress sobre as capacidades de análise e tomada de decisões dos comandantes**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Operações Militares da Escola de Aperfeiçoamento de Oficiais. Rio de Janeiro, 2001.

DONABEDIAN, A. la dimension institucional de la evaluación y garantia de la cuidad. **Salud Publica México**, Cidade do México, v. 32, p. 113-117, mar./abr. 1990.

FRANÇA. **Serviço de atendimento médico de urgência de paris**. 2003. Disponível em: <http://www.samudeparis.org/>. Acesso em: 17 de jan. de 2011.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.4, n.3, p. 317-321, set. 2004.

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família**. Secretaria de atenção á saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____, Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 553-563, jul./set. 2006.

GELBCKE, F. L. *et al.* Trabalho, saúde, cidadania e enfermagem: produção do conhecimento do Grupo Práxis. **Texto contexto-enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 727-733. 2008.

GIRADE, M. G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em Enfermagem Psiquiátrica: reflexão sobre condutas. **Revista da ESCOLA DE Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 40, n. 1, p.105-110, 2006

GRAY, J.; LAIDLAW, H., Part-time employment and communication satisfaction in an Australian retail organization. In: **Employee Relations**. Bradford, v. 24, 2002.

HARGREAVES, L. H. H. *et. al.* **Suporte básico e avançado de vida em emergências**. Série Áreas de Administração. n. 7, Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2000.

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421, abr./jun. 2002.

HECKMAN, J. D.; CHAIRMAN, M. D. **Emergency care e transportation**. 5ª ed. Rosemont: American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1991.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População total e taxas anuais de crescimento populacionais do município de Teresina**. Disponível em: <http://www.ibge.com.br>. Acesso em: 11 jan. 2011.

ILOZOR, D.; ILOZOR B; CARR J. Management communication strategies determine job satisfaction in telecommuting. In: **The Journal of Management Development**. v. 20, n. 5/6, p. 80-87, 2001.

IRIBARRY, I. N. O que é Pesquisa Psicanalítica? IN: IRIBARRY, I. N **Ágora: estudos em teoria psicanalítica**. Rio de Janeiro: Pós-graduação em Teoria Psicanalítica IP/UFRJ. v. 6, n. 1. jan./jun., 2003. p. 115-138, Rio de Janeiro, 2003.

JANNIERE, R.; MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S. - O médico regulador, competência e deveres. In: MARTINEZ-ALMOYNA, M; NITSCHKE, C.A.S. **Elementos de uma Regulação Médica dos Serviços de Ajuda Médica SAMU**. Brasil. 1998.

KURGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogon, 2004.

LAVENG, L.; SAVOLDELLI, M. **Realidade prática e perspectivas da telemedicina francesa. Flash Saúde: Pesquisa, Tecnologia e Cooperação**. França, v.03, p. 7-9, 1995.

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

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

MARTINEZ-ALMOYNA, M.; NITSCHKE, C. A. S. **Regulação médica dos serviços de atendimento médico de urgência – SAMU**. Santa Catarina, 1999. Disponível em: <http://samu.saude.sc.gov.br/arquivos/manual_de_regulacao_medica_de_urgenci.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2010.

MARTINEZ-ALMOYNA, M. ; NITSCHKE, C.A.S. (Org.). **Regulação Médica de Urgências e de transferências Inter-Hospitais de Pacientes Graves**. 2. ed. Cooperação Brasil-França. 2000.

MARTINEZ-ALMOYNA, M.; REZENDE, P. SAMU: Serviço de Assistência Médica Urgente. *França-flash saúde*, São Paulo, n. 3, p. 4-6, abr./jun. 1995.

MARTINS P.P. S, PRADO M.L. Enfermagem e serviço de atendimento pré-hospitalar: descaminhos e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.1, n. 56, p. 71-75, jun. 2003.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2001. (Edição Compacta).

MINAS GERAIS. **SAMU Minas Gerais**. Coordenação de urgência e emergência. Belo Horizonte, 2008

MOSCOVICI, F. **A organização por traz do espelho: reflexos e reflexões**. Rio de Janeiro: José Olympio, 2ª ed., 2003.

NITSCHKE, C. A. (Org.) Governo do Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: SAMU-192**. Florianópolis: Editora do Governo do Estado de Santa Catarina, 2003.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, out. p.547-549, 2000.

PAGE, J. O. **The paramedics:** An illustrated history of paramedics in their first decade in the U.S.A. Jems Magazine. Disponível em: <<http://www.jems.com/paramedics/index2.html>> Acesso em: 27 de dez de 2010.

PARRA, H. S.L.; PARAVIC, K.T. Satisfacción en el trabajo de las enfermeras que trabajan en situaciones de emergencia. **La ciencia de enfermería**. Chile, v. 8. n. 2, dez. 2002.

PAZ, C. D. **O treinamento e desenvolvimento como perspectiva estratégica para o atendimento pré-hospitalar:** o caso SOS UNIMED Florianópolis. Dissertação (Mestrado em Administração) – Centro de Ciências da Administração - ESAG, Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2003.

PEDRO, N.; PEIXOTO, F. Satisfação Profissional e estima-auto em professores dos 2º e 3º ciclos do Ensino Básico. **Análise psicológica**, v. 24, n.2, p.247-264, 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, set. p.103-109, 2001.

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

PHTLS, Comitê do; National Association of Emergency Medical Technicians (NEMAT) em colaboração com o Colégio Americano de Cirurgiões. **PHTLS – Atendimento Pré-hospitalar ao traumatizado**. 5. ed. Elsevier editora Ltda. Rio de Janeiro, 2004.

PROCHNOW, A. G.; *et.al.* O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [on-line]., v.41, n.4, p. 542-550, 2008.

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

RBCE. Rede Brasileira de Cooperação em Emergências. **Curso de Regulação Médica de Urgências**. IV Congresso Internacional da RBCE: Bases para uma Política Nacional de Atenção às Urgências. Goiânia, 2000.

ROCHA, P. K. **Assistência de enfermagem em serviço de emergência pré-hospitalar e remoção aeromédica.** Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.

RICHARDSON, R.J. *et al.* **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. 3 ed. revisada e ampliada. São Paulo: Atlas, 2008.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 29ª edição, Petrópolis: Vozes, 2001.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Plano Estadual de Atenção às Urgências** – Atenção Móvel. 2003.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Núcleo de Educação em urgência e emergência.** 2005.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Relatório ano 2010 SAMU 192.** Superintendência de Serviços Especializados e Regulação. Gerência Estadual do SAMU/192 SC, 2011.

SANTOS, I.;BITTENCOURT , C. Estilos e dimensões da liderança: iniciativa e investigação no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar **Texto & Contexto Enfermagem.** v. 17, n. 4, p. 734-742, out./dez. 2008.

SCARPELINI S. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina,** Ribeirão Preto, v.40, n.3, jul./set., p. 315-320, 2007

SILVA, J. G. **Diagnostico situacional do atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza (CE).** 2008. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Fortaleza. Fortaleza. 2008.

SILVA, J. G. *et al.* Atendimento pré-hospitalar móvel em Fortaleza, Ceará: a visão dos profissionais envolvidos. **Revista brasileira de. epidemiologia,** São Paulo, v. 12, n. 4, dez. 2009 .

SILVA, N. C.; CAMPOS, C. E. F.; NOGUEIRA,L.T. Influencias das relações interpessoais no desenvolvimento das atividades do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) In: 62º CBEn, 2010, Florianópolis.**ANAIS 62º CBEn.** , 2010. 1 CD-ROM.

SILVA, P.M.S. **Análise do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) de Belo Horizonte via simulação e otimização.** 2010. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Belo Horizonte, Belo Horizonte, 233f, 2010.

VEDANA, *et al.* **Primeiros Socorros numa Agra-Indústria.** Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) Associação Catarinense de Medicina - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2004

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ Z. M. A., VIEIRA-DA-SILVA L. M., (Org.). **Avaliação em saúde:** dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.

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

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M.. Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, dez. p.1561-1569, 2002 .

ZAPPAROLI, A.S.; MARZIALE, M.H.P. Risco ocupacional em unidades de Suporte Básico e Avançado de Vida em emergências. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.59, n. 1, p. 41-46, jan./fev., 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A₁

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA DE TERESINA**
Matriz para os dados relativos às viaturas tipo A utilizadas no SAMU Teresina

TIPO A – Ambulância de Transporte: veículo destinado ao transporte em decúbito horizontal de pacientes que não apresentam risco de vida, para remoções simples e de caráter eletivo de acordo com a portaria nº 1864, de 29 de Setembro de 2003. Matérias constam na estrutura da viatura:

MATERIAL/EQUIPAMENTO	Adequado	Não adequado	Não possui
Sinalizador óptico e acústico			
Equipamento de radiocomunicação em contato permanente com a central reguladora			
Maca com rodas			
Suporte para soro			
Oxigênio medicinal			

Observações:

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AValiação Normativa do Serviço de Atendimento Móvel de
URGÊNCIA DE TERESINA**

Matriz para os dados relativos às viaturas tipo B utilizadas no SAMU Teresina

TIPO B – Ambulância de Suporte Básico: veículo destinado ao transporte inter-hospitalar de pacientes com risco de vida conhecido e ao atendimento pré-hospitalar de pacientes com risco de vida desconhecido, não classificado com potencial de necessitar de intervenção médica no local e/ou durante transporte até o serviço de destino de acordo com a portaria n. 1864, de 29 de Setembro de 2003.

Matérias constam na estrutura da viatura:

MATERIAL/EQUIPAMENTO	Adequado	Não Adequado	Não possui
Sinalizador óptico e acústico			
Equipamento de radiocomunicação em contato permanente com a central reguladora			
Maca com rodas			
Suporte para soro			
Instalação de rede de oxigênio com cilindro, com válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída;			
Oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c- aspirador tipo Venturi);			
Manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação;			
Cilindro de oxigênio portátil com válvula;			
Maleta de urgência			
Estetoscópio adulto e infantil			
Ressuscitador manual adulto/infantil			
Cânulas orofaríngeas de tamanhos variados			
Luvas descartáveis			
Tesoura reta com ponta romba			
Esparadrapo			
Esfigmomanômetro adulto/infantil			
Ataduras de 15 cm			
MATERIAL/EQUIPAMENTO	Adequado	Não Adequado	Não possui
Pacotes de gaze estéril			
Cateteres para oxigenação e aspiração de			

vários tamanhos			
Maleta de parto			
Luvras cirúrgicas			
<i>Clamps</i> umbilicais			
Estilete estéril para corte do cordão			
Saco plástico para placenta			
Cobertor para RN			
Gazes estéreis			
Braceletes de identificação para RN			
Prancha curta			
Prancha longa para imobilização de coluna			
Talas para imobilização de membros			
Conjunto decolares cervicais			
Colete imobilizador dorsal			
Soro fisiológico			
Ringer lactato			
Bandagens triangulares			
Cobertores			
Coletes refletivos para a tripulação			
Lanterna de mão			
Óculos			
Máscaras			
Aventais de proteção			
Maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços			

Observações:

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA DE TERESINA**

Matriz para os dados relativos às viaturas tipo D utilizadas no SAMU Teresina

TIPO D – Ambulância de Suporte Avançado: veículo destinado ao atendimento e transporte de pacientes de alto risco em emergências pré-hospitalares e/ou de transporte inter-hospitalar que necessitam de cuidados médicos intensivos. Deve contar com os equipamentos médicos necessários para esta função de acordo com a portaria n. 1864, de 29 de Setembro de 2003.

Matérias constam na estrutura da viatura:

MATERIAL/EQUIPAMENTO	Adequado	Não adequado	Não possui
Sinalizador óptico e acústico			
Equipamento de radiocomunicação fixo			
Equipamento de radiocomunicação móvel;			
Maca com rodas e articulada dois suportes de soro;			
Instalação de rede de oxigênio com cilindro, com válvula, manômetro em local de fácil visualização e régua com dupla saída;			
Oxigênio com régua tripla (a- alimentação do respirador; b- fluxômetro e umidificador de oxigênio e c- aspirador tipo Venturi);			
Manômetro e fluxômetro com máscara e chicote para oxigenação;			
Cadeira de rodas dobrável;			
Cilindro de oxigênio portátil com válvula; (é obrigatório que a quantidade de oxigênio permita ventilação mecânica por no mínimo duas horas);			
Estetoscópio adulto e infantil			
Ressuscitador manual adulto/infantil com reservatório			
Respirador mecânico de transporte			
Luvas descartáveis			
Tesoura reta com ponta romba			
MATERIAL/EQUIPAMENTO	Adequado	Não Adequado	Não possui
Esfigmomanômetro adulto/infantil			

Compressas cirúrgicas estéreis			
Pacotes de gaze estéril			
Protetores para queimados ou Eviscerados			
Sondas para aspiração de vários Tamanhos			
Maleta de parto			
Luvas cirúrgicas			
Clamps umbilicais			
lâminas de bisturi			
Saco plástico para placenta			
Cobertor para RN			
Gazes estéreis			
Braceletes de identificação para RN			
Prancha curta			
Prancha longa para imobilização de Coluna			
Talas para imobilização de membros			
Conjunto de colares cervicais			
Colete imobilizador dorsal			
Soro fisiológico			
Ringer lactato			
Bandagens triangulares			
Cobertores			
Coletes refletivos para a tripulação			
Lanterna de mão			
Óculos			
Máscaras			
Aventais de proteção			
Maletas com medicações a serem definidas em protocolos, pelos serviços			
Oxímetro não-invasivo portátil;			
Monitor cardioversor com bateria e instalação elétrica disponível (em caso de frota deverá haver disponibilidade de um monitor cardioversor com marca-passo externo não-invasivo)			
Bomba de infusão com bateria e equipo			
maleta de vias aéreas			
Máscaras laríngeas e cânulas endotraqueais de vários tamanhos			
Adaptadores para cânulas			
Cateteres nasais			
Seringa de 20ml			
Máscara para ressuscitador adulto/infantil			
Lidocaína geléia e “spray”			
Cadardços para fixação de cânula			
MATERIAL/EQUIPAMENTO	Adequado	Não Adequado	Não possui
Laringoscópio infantil/adulto com conjunto de lâminas			

Pinça de Magyll			
Bisturi descartável			
Cânulas para Traqueotomia			
Material para Cricotiroidostomia			
Conjunto de drenagem torácica			
Maleta de acesso venoso			
Tala para fixação de braço			
Recipiente de algodão com anti-séptico			
Material para punção de vários tamanhos incluindo agulhas metálicas, plásticas.			
Agulhas especiais para punção óssea			
Garrote			
Equipo de macro e micro gotas			
Cateteres específicos para dissecação de veias, tamanho adulto/infantil			
Pinça de Kocher			
Cortadores de soro			
Seringas de vários tamanhos			
Seringas de vários tamanhos			
Torneiras de 3 vias			
Equipo de infusão de 3 vias			
Soro glicosado			
Caixa completa de pequena cirurgia			
Sondas vesicais			
Coletores de urina			
Espátulas de madeira			
Sondas nasogástricas			
Eletrodos descartáveis			
Equipo para drogas fotossensíveis			
Equipo para bombas de infusão			
Circuito de respirador estéril de reserva			
Cobertor ou filme metálico para conservação do calor do corpo			
Campo cirúrgico fenestrado			
Almotolias com anti-séptico			
Incubadora de transporte de recém-nascido com bateria e ligação à tomada do veículo (12 volts).			

Observações:

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA DE TERESINA
MATRIZ A - PROFISSIONAL MÉDICO**

Data: ____/____/____

Nº : _____

Dados:

1. Idade: _____

2. Sexo: () Feminino () Masculino

3. Tempo de serviço no Atendimento Pré-hospitalar _____

4. Você antes de trabalhar no SAMU tinha experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências? _____

Em relação característica pessoais /profissionais dos médicos do SAMU Teresina assinale a resposta que mais expressa sua opinião de acordo com os parâmetros abaixo:

TODOS - Significa que 100% da categoria profissional é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A MAIORIA. Significa que MAIS de 51% e MENOS de 100% dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A METADE. Significa que 50%, ou seja, a metade dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A MINORIA. Significa que MAIS de 1% e MENOS de 49% dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

NENHUM. Significa que 0%, ou seja, nenhum dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

PERGUNTAS	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Os Médicos do SAMU Teresina possuem e estrutura mental e autocontrole para as atividades desenvolvidas no serviço ?					
PERGUNTAS	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Os Médicos do SAMU possuem e condicionamento físico para as					

atividades desenvolvidas no serviço?					
Iniciativa é uma característica presente nos Médicos do SAMU Teresina?					
Facilidade de Comunicação é uma característica presente nos Médicos do SAMU Teresina?					
Os Médicos do Teresina possuem destreza manual e para trabalhar em unidades móveis?					
Trabalho em equipe é uma característica presente nos Médicos do SAMU Teresina?					
Os cursos proporcionados pelo SAMU Teresina melhoraram seus conhecimentos dando-lhe condições para exercer seu trabalho no pré-hospitalar?					
Os Médicos do SAMU Teresina conhecem a rede de serviços de saúde da região?					
Os Médicos do SAMU Teresina conseguem manter uma visão global e atualizada dos meios disponíveis para o atendimento pré-hospitalar, das portas de urgência,?					
Os Médicos do SAMU Teresina checam periodicamente as capacidades operacionais da rede hospitalar?					
Os médicos do SAMU, Teresina conseguem realizar a recepção dos chamados de auxílio, fazendo análise da demanda, classificando-as por prioridades de atendimento?					
Os médicos do SAMU Teresina realizam acompanhamento do atendimento local a distância do paciente?					
Os médicos do SAMU Teresina determinam o local de destino do paciente?					
PERGUNTAS	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Os médicos do SAMU Teresina orientação telefônica se for o					

caso?					
No desenvolvimento das atividades os Médicos do SAMU mantêm contato diário com os serviços médicos de emergência integrados ao sistema?					
Os médicos do SAMU encontram-se capacitados para exercer o controle operacional da equipe na assistência ao nível pré-hospitalar?					
Os Médicos do SAMU realizam controle periódico de qualidade do serviço nos aspectos inerentes à sua profissão?					
Os Médicos do SAMU colaboram com os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço, dando sugestões de temas, ou mesmo ministrando treinamentos?					
Os Médicos do SAMU preenchem os documentos inerentes à atividade do médico regulador e/ou do médico assistencial no desenvolvimento da assistência pré-hospitalar?					
Os Médicos do SAMU garantem a continuidade da atenção médica ao paciente grave, até a sua recepção por outro médico nos serviços de urgência?					
Os Médicos do SAMU obedecem ao código de ética médica?					

Quais Cursos e/ou Treinamento relacionado ao SAMU você já realizou?

- ☐)Introdutório ☐)Regulação médica ☐)ACLS
☐)ATLS ☐)PHTLS ☐)Atualização em serviço
☐)MAST ☐)Suporte básico de vida ☐)Suporte avançado de vida
☐)Outros. Quais _____

Na sua opinião, como você avaliaria os pontos abaixo relacionados:

Pontos para avaliação	Excelente	Adequado	Mediano	Não adequado	
-----------------------	-----------	----------	---------	--------------	--

Regulação Médica					
Pontos de apoio					
Estrutura das Viaturas					
Coordenação Médica					
Gerência de Enfermagem					
Capacitações/ Cursos/ Treinamentos					
O trabalho no SAMU					

APÊNDICE C

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AValiação Normativa do Serviço de Atendimento Móvel de
URGÊNCIA DE TERESINA**

MATRIZ B - PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Data: ____/____/____

Nº : _____

Dados:

1. Idade: _____

2. Sexo: () Feminino () Masculino

3. Tempo de serviço no Atendimento Pré-hospitalar _____

4. Você antes de trabalhar no SAMU tinha experiência profissional em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências? _____

Em relação característica pessoais /profissionais dos enfermeiros do SAMU Teresina assinale a resposta que mais expressa sua opinião de acordo com os parâmetros abaixo:

TODOS - Significa que 100% da categoria profissional é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A MAIORIA. Significa que MAIS de 51% e MENOS de 100% dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A METADE. Significa que 50%, ou seja, a metade dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A MINORIA. Significa que MAIS de 1% e MENOS de 49% dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

NENHUM. Significa que 0%, ou seja, nenhum dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

PERGUNTAS	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Você considera que os Enfermeiros do SAMU Teresina mantêm equilíbrio emocional e autocontrole para desenvolver suas atividades laborais?					
PERGUNTAS	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Você considera que Iniciativa é uma					

característica presente nos Enfermeiros do SAMU Teresina?					
Facilidade de Comunicação é uma característica presente nos Enfermeiros do SAMU Teresina?					
Os Enfermeiros do SAMU Teresina possuem destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis?					
Você considera que capacidade de Trabalho em equipe é uma característica presente nos Enfermeiros do SAMU Teresina?					
Os cursos proporcionados pelo SAMU Teresina melhoraram seus conhecimentos enquanto enfermeiro dando-lhe condições para exercer melhor seu serviço no pré-hospitalar?					
Os Enfermeiros do SAMU Teresina conseguem supervisionar e avaliar as ações de enfermagem da equipe durante o Atendimento Pré-Hospitalar Móvel?					
Os Enfermeiros do SAMU Teresina conseguem executar prescrições médicas por tele medicina?					
Você considera que os Enfermeiros do SAMU Teresina no desenvolvimento das atividades prestam cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de vida, que exijam conhecimentos científicos adequados e conseguem tomar decisões imediatas inerentes a sua profissão?					
No desenvolvimento das atividades os Enfermeiros do SAMU Teresina prestam assistência de enfermagem à gestante, a parturiente e ao recém-nato?					
Os Enfermeiros do SAMU Teresina são aptos para realizar partos sem Distorcia?					
PERGUNTAS	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Os Enfermeiros do SAMU Teresina					

colaboram com os responsáveis pelo programa de educação continuada do serviço, dando sugestões de temas, ou mesmo ministrando treinamentos?					
Os Enfermeiros do SAMU Teresina obedecem a Lei do Exercício Profissional e o Código de Ética de Enfermagem?					
Você considera que os Enfermeiros do SAMU Teresina conhecem e manipulam sem dificuldade os equipamentos que estão em sua unidade de atendimento?					
Se necessário, os Enfermeiros do SAMU Teresina são capazes de realizar manobras de extração manual de vítimas?					
Os Enfermeiros do SAMU Teresina possuem disponibilidade para as capacitações e recertificações quando solicitado pelo serviço?					

Quais Cursos e/ou Treinamento relacionado ao SAMU Teresina você já realizou.

() Introdutório () Regulação médica () ACLS
 () TLSN () PHTLS () Atualização em serviço
 () MAST () Suporte básico de vida () Suporte avançado de vida
 () Outros. Quais _____

Na sua opinião, como você avaliaria os pontos abaixo relacionados:

Pontos para avaliação	Excelente	Adequado	Mediano	Não adequado	Ruim
Regulação Médica					
Pontos de apoio					
Estrutura da Central do SAMU					
Estrutura das Viaturas					
Coordenação Geral Local					
Coordenação Médica					
Gerência de Enfermagem					
Capacitações/ Cursos/ Treinamentos					
O trabalho no SAMU					

APÊNDICE D

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE
URGÊNCIA DE TERESINA**

**MATRIZ C - AUXILIARES DE ENFERMAGEM E/OU TÉCNICOS EM
ENFERMAGEM**

Data: ____/____/____

Nº : _____

Dados:

1. Idade: _____

2. Sexo: () Feminino () Masculino

3. Tempo de serviço no Atendimento Pré-hospitalar _____

4. Você antes de trabalhar no SAMU tinha experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências? _____

Em relação característica pessoais/profissionais dos auxiliares de enfermagem e/ou técnicos em enfermagem Teresina assinale a resposta que mais expressa sua opinião de acordo com os parâmetros abaixo:

TODOS - Significa que 100% da categoria profissional é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A MAIORIA. Significa que MAIS de 51% e MENOS de 100% dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A METADE. Significa que 50%, ou seja, a metade dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A MINORIA. Significa que MAIS de 1% e MENOS de 49% dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

NINGUÉM. Significa que 0%, ou seja, nenhum dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

QUESTÕES	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Você considera que os Aux./Téc. em Enfermagem do SAMU Teresina mantêm equilíbrio emocional e autocontrole para desenvolver suas atividades laborais?					
QUESTÕES	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Você considera que os aux./téc. em					

Enfermagem do SAMU Teresina possuem condicionamento físico e estrutura emocional para as atividades desenvolvidas no serviço?					
Os aux./téc. em Enfermagem do SAMU Teresina possuem Iniciativa no desenvolvimento de suas atividades?					
Os aux./téc. em Enfermagem do SAMU Teresina são profissionais com Facilidade de Comunicação?					
Você considera que os aux./téc. em Enfermagem em Enfermagem do SAMU Teresina possuem destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis?					
Capacidade de Trabalho em equipe é uma característica presente nos aux./téc. em Enfermagem do SAMU Teresina?					
Os cursos proporcionados pelo SAMU Teresina melhoraram seus conhecimentos enquanto profissional para exercer seu serviço no pré-hospitalar?					
Os Auxiliares de Enfermagem e/ou Técnicos em Enfermagem do SAMU Teresina assistem ao enfermeiro no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de enfermagem?					
Os aux./téc. em Enfermagem do SAMU Teresina prestam cuidados diretos de enfermagem a pacientes em estado grave, sob supervisão direta ou à distância do profissional enfermeiro?					
Os aux./téc. em Enfermagem do SAMU Teresina participam de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgência /emergências quando solicitado?					
Os aux./téc. em Enfermagem do SAMU Teresina conseguem observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, presentes no pacientes que atende?					
QUESTÕES	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Os Auxiliares de Enfermagem					

e/ou Técnicos em Enfermagem do SAMU Teresina realizam curativos, prestam cuidados de conforto ao paciente e zelam por sua segurança?					
Se necessário os Auxiliares de Enfermagem e/ou Técnicos em Enfermagem do SAMU Teresina realizam manobras de extração manual de vítimas?					
Os Auxiliares de Enfermagem e/ou Técnicos em Enfermagem do SAMU Teresina têm disponibilidade para as capacitações e recertificações quando solicitado pelo serviço?					

Quais Cursos e/ou Treinamento promovidos pelo SAMU Teresina você já realizou?

- ☐)Introdutório ☐)Regulação médica ☐)PHTLS
☐)MAST ☐)Suporte básico de vida ☐)Suporte avançado de vida
☐)Atualização em serviço
☐)Outros. Quais _____

Na sua opinião, como você avaliaria os pontos abaixo relacionados:

Pontos para avaliação	<u>Excelente</u>	<u>Adequado</u>	<u>Mediano</u>	<u>Não adequado</u>	<u>ruim</u>
Regulação Médica					
Pontos de apoio					
Estrutura da Central do SAMU					
Estrutura das Viaturas					
Coordenação Geral Local					
Coordenação Médica					
Gerência de Enfermagem					
Capacitações/ Cursos/ Treinamentos					
O trabalho no SAMU					

APÊNDICE E

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AValiação Normativa do Serviço de Atendimento Móvel de
URGÊNCIA DE TERESINA**

MATRIZ D - CONDUTORES DE VEÍCULOS DE URGÊNCIA DO SAMU TERESINA

Data: ____/____/____

Nº : _____

Dados:

1. Idade: _____

2. Sexo: () Feminino () Masculino

3. Tempo de serviço no Atendimento Pré-hospitalar _____

4. Você antes de trabalhar no SAMU tinha experiência profissional prévia em serviço de saúde voltado ao atendimento de urgências e emergências? _____

Em relação característica pessoais /profissionais dos condutores de veículos de urgência do SAMU - Teresina assinale a resposta que mais expressa sua opinião de acordo com os parâmetros abaixo:

TODOS - Significa que 100% da categoria profissional é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A MAIORIA. Significa que MAIS de 51% e MENOS de 100% dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A METADE. Significa que 50%, ou seja, a metade dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

A MINORIA. Significa que MAIS de 1% e MENOS de 49% dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

NENHUM. Significa que 0%, ou seja, nenhum dos profissionais é/ou se comporta como que é descrito na afirmação.

QUESTÕES	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Você considera que os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina mantêm equilíbrio emocional e autocontrole para desenvolver suas atividades laborais?					
QUESTÕES	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Os condutores de veículos de					

urgência do SAMU Teresina possuem condicionamento físico e estrutura mental para as atividades desenvolvidas no serviço?					
Você considera que Iniciativa é uma característica presente nos condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina?					
Os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina possuem Facilidade de Comunicação ?					
Você considera que os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina possuem destreza manual e física para trabalhar em unidades móveis?					
Capacidade de Trabalho em equipe é uma característica presente nos condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina?					
Os cursos proporcionados pelo SAMU Teresina melhoraram seus conhecimentos para exercer seu serviço no pré-hospitalar?					
Você considera que os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina tem dificuldade em conduzir veículo terrestre de urgência destinado ao atendimento e transporte de pacientes?					
Você considera que os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina conhecem os veículo que trabalham de forma a detectar alterações, sendo rotina realizar manutenção básica do mesmo?					
Os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina são profissionais com disponibilidade de participar de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgência / emergências?					
QUESTÕES	Todos	A maioria	A metade	A minoria	Nenhum
Os condutores de veículos de					

urgência do SAMU Teresina conhecem a malha viária local?					
Os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina conhecem a localização de todos os estabelecimentos de saúde integrados ao sistema assistencial local?					
Você considera que os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina auxiliam a equipe de saúde nas manobras de suporte básicos de vida?					
Você considera que os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina auxiliam a equipe nas imobilizações e transporte de vítimas?					
Você considera que os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina realizam medidas de reanimação cardiorespiratória básica?					
Você considera que os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina conseguem identificar todos os tipos de materiais existentes nos veículos de socorro e sua utilidade, a fim de auxiliar a equipe de saúde?					
Os condutores de veículos de urgência do SAMU Teresina participam de programas de treinamento e aprimoramento profissional especialmente em urgências /emergências quando solicitado?					

Quais Cursos e/ou Treinamento relacionado ao SAMU você já realizou?

() Introductório () regulação médica()PHTLS
 ()MAST ()Suporte básico de vida ()Suporte avançado de vida
 ()Atualização em serviço ()Outros. Quais

Na sua opinião, como você avaliaria os pontos abaixo relacionados:

Pontos para avaliação	<u>Excelente</u>	<u>Adequado</u>	<u>Mediano</u>	<u>Não adequado</u>	<u>ruim</u>
Estrutura da Central do SAMU					
Estrutura das Viaturas					
Coordenação Geral Local					
Coordenação Médica					
Gerência de Enfermagem					
Capacitações/ Cursos/ Treinamentos					
O trabalho no SAMU					

APÊNDICE F



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE MESTRADO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: AVALIAÇÃO NORMATIVA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE TERESINA – PI

Pesquisador(es) responsável(is): Lídyia Tolstenko Nogueira e Naldiana Cerqueira Silva

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (86) 3215-5558; (86)3225-7396

Local da coleta de dados: SAMU - Teresina

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas desta matriz de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder esta matriz, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: Avaliar a estrutura e os resultados do SAMU – Teresina, de acordo com os critérios de avaliação instituídos pelo MS; Comparar a adequação da estrutura física viaturas do SAMU - Teresina à normatização vigente; Descrever o perfil e a capacitação dos profissionais de saúde para atuarem no SAMU - Teresina; Analisar os indicadores operacionais obtidos pelo SAMU - Teresina quanto à adequação da regulação, natureza do atendimento, tempo resposta e desfecho dos atendimentos.

Procedimentos. A coleta de dados para a pesquisa será feita por meio de **aplicação de matriz** com perguntas abertas e fechadas pela Mestranda do programa de Mestrado em Enfermagem Naldiana Cerqueira Silva **utilizando formulário elaborado** para colher as informações dos respondentes. Esse trabalho está sob a orientação da Professora Doutora Lidya Tolstenko Nogueira.

Benefícios. Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

Riscos. O preenchimento desta matriz não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Esclarecimentos. Ao aceitar a participar desta pesquisa, estará **garantindo todo e qualquer esclarecimento** sobre a pesquisa por parte dos pesquisadores, antes do seu início e em qualquer momento da realização da mesma. Os dados colhidos serão apresentados nos resultados da pesquisa e se restringirão a este estudo.

Direito de desistir. Ao aceitar a participar desta pesquisa, estará **garantindo direito de desistir**, a qualquer momento, sem penalização alguma para o participante bastando para isso, informar sua desistência.

Gastos e/ou pagamento de indenização. A participação nesta pesquisa será voluntária sendo que o **participante não terá gastos nem tampouco haverá pagamento de indenização** por parte dos pesquisadores aos pesquisados por participarem do estudo.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina, _____ de _____ de 20____.

Nome completo

Assinatura

Nº identidade/CPF _____

Lídy Tolstenko Nogueira

Pesquisadora responsável

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

ANEXOS

ANEXO A

PORTARIA Nº 326/GM Em 4 de março de 2005. Habilita SAMU Teresina

Habilita o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 de municípios.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão;

Considerando a Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003, que institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS; e

Considerando a Portaria nº 1.828/GM, de 2 de setembro de 2004, que institui incentivos financeiros para adequação da área física das Centrais de Regulação Médica de Urgência em estados, municípios e regiões de todo o território nacional e financiamento destinado ao custeio e à manutenção do componente pré-hospitalar móvel e sua Central de Regulação Médica,

R E S O L V E:

Art. 1º Habilitar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 dos municípios, conforme descrito no quadro a seguir:

		EQUIPE DE SUPORTE BÁSICO	EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADO	CENTRAL SAMU 192		
		FÍSICO	FÍSICO	FÍSICO		
Camaçari	BA	2	1	1	71.500,00	858.000,00
Bacabal	MA	2	1	1	71.500,00	858.000,00
Imperatriz	MA	3	1	1	84.000,00	1.008.000,00

Contagem	MG	7	2	1	161.500,00	1.938.000,00
Itabira	MG	1	1	1	59.000,00	708.000,00
Terresina	PI	8	2	1	174.000,00	2.088.000,00
Apucarana	PR	2	1	1	71.500,00	858.000,00
Itaperuna	RJ	6	2	1	149.000,00	1.788.000,00
Mossoró	RN	2	1	1	71.500,00	858.000,00
São José do Rio Preto	SP	4	1	1	96.500,00	1.158.000,00
Araguaina	TO	2	1	1	71.500,00	858.000,00
Surupi	TO	2	1	1	71.500,00	858.000,00
Palmas	TO	3	1	1	84.000,00	1.008.000,00

Art. 2º Estabelecer que o Fundo Nacional de Saúde adote as medidas necessárias à transferência regular e automática dos valores mensais para o fundo estadual e fundos municipais de saúde correspondentes, sem onerar os respectivos tetos financeiros da assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade.

Art. 3º Estabelecer que os recursos orçamentários objeto desta Portaria corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de trabalho:

I - 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População nos Municípios Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados habilitados em Gestão Plena / Avançada; e

II - 10.302.1220.8587 - Atenção à Saúde da População nos Municípios Não-Habilitados em Gestão Plena do Sistema e nos Estados Não-Habilitados em Gestão Plena / Avançada.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos financeiros a partir da competência fevereiro de 2005.

HUMBERTO COSTA

ANEXO B

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

FORMILÁRIOS PARA COLETA DE DADOS RELATIVOS À QUANTIFICAÇÃO DE
SOLICITAÇÕES AO SAMU TERESINA

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENAÇÃO GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**



SERVIÇO DE ATENÇÃO MÓVEL DE URGÊNCIA – REDE SAMU 192 – TERESINA/PI

TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS COM USA NOS SAMU HABILITADOS - 2009

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL

TOTAL GERAL DE ATENDIMENTOS COM USB NOS SAMU HABILITADOS - 2009

JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL

EVENTOS

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
USA													
USB													
EVENTOS													
TOTAL													

MÉDIA DE ATENDIMENTOS MENSAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NOS SAMU'S HABILITADOS – 2009
(CONSIDERAR VALOR ABSOLUTO E RELATIVO)

ESPECIALIDADES MÉDIA	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
TOTAL DE ATENDIMENTOS GERADOS INCLUINDO ORIENTAÇÕES													
TOTAL ATENDIMENTOS MÊS COM SAÍDA DE VIATURAS													
PACIENTES CLÍNICO ADULTOS													
PACIENTES CLÍNICO PEDIÁTRICOS													
PACIENTES TRAUMÁTICOS													
PACIENTES OBSTÉTRICOS													
PACIENTES PSIQUIÁTRICOS													
PACIENTES QUEIMADOS													
AGRESSÃO SEXUAL													



SERVIÇO DE ATENÇÃO MÓVEL DE URGÊNCIA – REDE SAMU 192 – TERESINA/PI

(CONSIDERAR VALOR ABSOLUTO E RELATIVO)

ATENDIMENTOS POR SAMU – 192 HABILITADOS (Considerar %) USA + USB – EM 2009

SAMU 192 ATENDIMENTOS	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	AGOSTO	SETEMBRO
SAMU 192 ATENDIMENTOS	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO					



